

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1910

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Victor SOKOLOFF

Né à Tatarbunar (Russie), le 10 Août 1884

DE LA

DÉCHIRURE CENTRALE

DU

PÉRINÉE

Président : M. BAR, professeur

PARIS

IMPRIMERIE POLYLOTTE A. REIFF. — HEYMANN

3, RUE DU FOUR, 3

1910

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN		M. LANDOUZY
PROFESSEURS		MM.
Anatomie.....		NICOLAS
Physiologie.....	«	CH. RICHET
Physique médicale.....		GARIEL
Chimie organique et Chimie générale.....		GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....		BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générale.....		ACHARD
Pathologie médicale.....		WIDAL
Pathologie chirurgicale.....		DEJERINE
Anatomie pathologique.....		LANNELONGUE
Histologie.....		PIERRE MARIE
Opérations et appareils.....		PRENANT
Pharmacologie et matière médicale.....		HARTMANN
Thérapeutique.....		POUCHET
Hygiène.....		GILBERT
Médecine légale.....		CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée.....		CHAUFFARD
		ROGER
		HAYEM
Clinique médicale.....		DIEULAFOY
		DEBOVE
		LANDOUZY
		HUTINEL
Maladies des enfants.....		
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....		GILBERT BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux.....		RAYMOND
		DELBET
Clinique chirurgicale.....		QUENU
		RECLUS
		SEGOND
Clinique ophtalmologique.....		DE LAPPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.....		ALBARRAN
		BAR
Clinique d'accouchements.....		PINARD
		RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique.....		POZZI
Clinique chirurgicale infantile.....		KIRMISSON
Clinique thérapeutique.....		ALBERT ROBIN

Agrégés en exercice

MM.			
AUVRAY	CUNEO	LAUNOIS	NOBECOURT
BALTHAZARD	DEMLIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANÇON (F.)	DUVAL (P.)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LOEPER	RENON
BROCA (A.)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET (A.)	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBE (M.)	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153702_0035

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BAR

Professeur de clinique obstétricale à la Faculté

Accoucheur de la Clinique Tarnier

Membre de l'Académie de Médecine

Chevalier de la Légion d'Honneur

INTRODUCTION

J'ai eu la bonne fortune de faire mon stage d'accouchement à la clinique Tarnier et, grâce à l'admirable enseignement de mon Maître, M. le Professeur Bar, j'ose affronter un sujet d'obstétrique. Je suis très touché de l'honneur qu'il m'a fait en acceptant la présidence de ma thèse, et je lui exprime toute ma gratitude pour les conseils qu'il a bien voulu me donner pour mener à bien mon modeste travail.

C'est pour nous un agréable devoir que de remercier nos Maîtres dans les hôpitaux, MM. les Professeurs Quenu, Gilbert Ballet, Hutinel et Chauffard.

Je ne saurais omettre les noms du D^r J. Berliawsky, excellent praticien, qui a dirigé mes premiers pas dans l'art difficile d'aborder un malade, et du D^r Th. Spéransky, chef de service à l'hôpital de Tambov, qui m'a fait profiter largement de sa longue expérience clinique.

L'idée de notre thèse nous a été inspirée par l'accident dont faillit être victime une parturiente de la Clinique Tarnier, et dont nous reproduisons l'observation plus loin. Chez cette femme, la

période d'expulsion traînait en longueur, le périnée était tendu à l'extrême, tandis que l'anneau vulvaire, rapporté en avant, restait étroit, à bord postérieur épais et invincible. A chaque nouvelle contraction, la parturiente ne faisait qu'amincir davantage son périnée, devenu blanchâtre en son centre, et qu'à pousser le fœtus encore plus en arrière, vers l'anus, largement béant. La déchirure centrale était imminente, quand une incision latérale dans l'angle droit vint fort à propos la prévenir et soulager immédiatement et la mère et l'enfant.

L'étude de la déchirure centrale du périnée ne tient pas une grande place dans les ouvrages d'obstétrique, et cela non seulement dans nos manuels qui en font à peine mention, mais même dans les traités d'accouchements qui font pourtant autorité. Sans doute, cela tient à ce que cette variété est la moins fréquente parmi les déchirures périnéales et peut-être aussi parce qu'elle ne comporte pas une gravité spéciale. Néanmoins, malgré sa bénignité relative, la déchirure centrale du périnée nous semble digne d'intérêt, car sa pathogénie est une démonstration du mécanisme d'une des phases importantes de l'accouchement normal. Cette étude nous permettra aussi d'aborder l'anatomie de la région périnéale, car il est nécessaire d'étudier avec quelques détails les organes qui vont être traumatisés. Pour ce chapitre anatomique, nous mettrons largement à contribution l'excellent mémoire que MM. Devraigne

et Descomps ont publié dans l'*Obstétrique* du mois de février 1910. Nous profitons de l'occasion pour remercier vivement M. Devraigne, chef de clinique adjoint de la Faculté, pour les indications et les conseils qu'il nous a si aimablement donnés.

Nous serons très bref sur l'historique, la symptomatologie et le traitement de la déchirure centrale, car l'historique a été bien établie par les trois thèses qui ont précédé la nôtre, car la symptomatologie est simple et ne prête pas à de grands développements; quant au traitement nous l'indiquerons sommairement en insistant surtout sur la prophylaxie de la déchirure centrale. Nous nous étendrons davantage sur la pathogénie qui reste encore assez obscure. Enfin, après avoir relaté les observations inédites que nous avons recueillies dans les différentes maternités de Paris, nous croyons faire œuvre utile en plaçant à la fin de notre thèse une bibliographie aussi complète que possible, sur les déchirures centrales, afin d'éviter à ceux que cette étude intéresse, les difficultés auxquelles nous nous sommes quelquefois heurté.

HISTORIQUE ET DÉFINITION

La question de la déchirure centrale du périnée ne se pose pas en obstétrique jusqu'au xviii^e siècle. Pas plus que dans Hippocrate, qu'on aime toujours évoquer dans un chapitre d'histoire médicale, on ne trouve dans l'ouvrage si complet et encore si vivant de Mauriceau, la moindre allusion au traumatisme qui nous intéresse. D'après Morand (1869), c'est dans la thèse d'Adrien Slevogt, en 1700, qu'on trouve mentionnée pour la première fois la déchirure centrale du périnée. On trouve un peu plus de précision dans les écrits de Bianchi, de Turin (1741) qui fait le premier un essai d'étiologie en assignant pour cause à la déchirure centrale, l'occlusion de l'hymen, de Süele Jeune (1748), (100) de Pouteau (1760) et surtout de Nedey de Besançon. Ce dernier présenta son observation à l'Académie de Chirurgie et lui donna ainsi l'authenticité. Dix ans plus tard, Coutouly publia un nouveau cas assez bien étudié. Malgré tout, le monde médical restait fort sceptique quant à la possibilité de telles déchirures. La mémorable discussion qui passionna la Société Royale de Médecine dans sa séance du 1^{er} juin 1830 le prouve surabondamment. Les arguments de Moreau ne convainquirent nullement Capuron. Du reste c'eût été difficile, car Capuron est allé jusqu'à déclarer que *quand bien même il verrait le fait, il ne le croirait pas*. Baudelocque et Dubois furent plus prudents et moins

intransigeants, mais ils nièrent la possibilité pour le fœtus d'être accouché par la rupture centrale. Les faits ne tardent pas à donner raison aux premiers observateurs. C'est à Morand (1869) (79) que revient l'honneur d'avoir publié le premier travail d'ensemble sur la question. Puis viennent les Mémoires importants de Duncan (8), de Reeves (1878). En 1885, Charpentier (25) consacre une étude magistrale à la déchirure centrale du périnée. Le même sujet est repris dans les thèses de Delcroix (1891) (27) et de Nevajsky (1899) (86). Donc, on l'ignore au début, on la nie ensuite, on doute longtemps, enfin on dit qu'elle est très rare. Nous aimerions plutôt qu'on dise simplement qu'elle est assez commune et en tout cas plus fréquente qu'on ne l'admet en général. Nous avons compulsé toutes les observations qui ont été publiées jusqu'ici et en y ajoutant nos cas inédits nous arrivons à un total de 145 observations authentiques. Nous nous empressons d'ajouter qu'il serait excessif de tirer une conclusion définitive de ces chiffres et de se baser sur eux pour fixer un pourcentage de déchirures centrales comparativement aux autres déchirures du périnée ou de dire, par exemple, comme Braun-Fernwald et Winckel, qu'il y a deux déchirures centrales sur 20,000 accouchements, ou comme Nevajsky (86), qu'il y en a 1 sur 2,000. Il faut avant tout tenir compte des cas non publiés. Il ne faut pas non plus perdre de vue qu'il n'y a pas si longtemps encore, on ne tenait pour centrale que la déchirure laissant définitivement indemnes le sphincter anal et la fourchette, et cela après le passage du fœtus par cette nouvelle voie. Le nombre de déchirures centrales s'accroîtrait singulièrement si l'on publiait toutes les observations où la

rupture du périnée a commencé par être telle pour ne devenir que secondairement banale, complète ou incomplète, soit pendant le passage du fœtus, soit par une épisiotomie. N'oublions pas non plus les ruptures centrales passées inaperçues, soit par l'ignorance de matrones de campagne, soit par le silence prudent des sages-femmes. A cet égard, l'observation de Balao-Ventura (6) est fort suggestive. C'est par un pur hasard que ce praticien découvrit une déchirure centrale chez une malade qui avait accouché trois années auparavant et était venue le consulter pour une toute autre affection. Cette malade, nullement incommodée par sa déchirure, en ignorait même l'existence, et la sage-femme qui l'accoucha avait omis de lui en souffler mot.

Qu'entend-on par déchirure centrale du périnée ? Dans la thèse de Morand (79) nous trouvons cette définition, qui est celle des accoucheurs de son temps : « la rupture centrale du périnée est toute solution de continuité comprenant l'épaisseur totale du plancher pelvien et sans communication directe avec l'orifice vulvaire ».

Il est évident qu'une telle définition est trop étroite. Il nous semble commode de diviser les déchirures centrales du périnée, comme les ruptures ordinaires, en complètes et incomplètes. Seules les premières correspondent bien à la définition de Morand : la paroi vaginale postérieure, la couche musculo-aponévrotique, la peau, ont cédé devant la poussée du pôle fœtal qui se dégagera, soit par la voie naturelle, soit par l'effraction qu'il vient de produire.

Dans les déchirures centrales incomplètes la cavité vaginale n'a pas été mise en communication avec l'extérieur par un trajet anormal : la peau seule a pu résis-

ter quand tout le reste a cédé, ou bien seule la paroi vaginale est restée indemne, ou bien encore seul l'appareil musculo-aponévrotique a souffert. Il est donc logique de subdiviser les déchirures centrales incomplètes en déchirures superficielles et en déchirures interstitielles.

Dans les premières, tantôt c'est la peau seule qui est lésée : elle se fendille, s'écaille, il se produit des éraillures pareilles aux vergetures gravidiques, ne présentant aucune espèce d'intérêt ; tantôt avec la peau, les muscles sont déchirés, la muqueuse vaginale fermant le fond de la plaie. Dans l'observation de Délepine (28), par exemple, la déchirure centrale ne dépassait pas le plan profond du périnée, la peau et les muscles seuls avaient cédé ; la paroi vaginale était intacte et le doigt introduit par la vulve la refoulait facilement à travers la boutonnière musculo-cutanée. En passant, signalons que le professeur Voituriez (115) pense, contrairement à M. Bonnaire, « que le vagin ne se rompt qu'après coup et secondairement à cause de son élasticité. »

Dans la seconde variété de déchirures centrales incomplètes — variété que nous appellerons avec M. Bonnaire (15) interstitielle — le plan musculo-aponévrotique est seul traumatisé, à l'exclusion de la peau et de la muqueuse vaginale. La plupart du temps c'est le releveur qui se déchire. La déchirure peut être longitudinale et alors séparer les deux releveurs l'un de l'autre, ou encore transversale, oblique, intéressant tantôt l'un des releveurs, tantôt les deux. Les lésions de la couche musculaire superficielle consistent généralement en diastasis des languettes musculaires (Hadra, cité par Bonnaire) (15). Quand tous les mus-

cles périnéaux sont dilacérés, la partie frontale n'est soutenue que par l'adossement de la peau et de la muqueuse vaginale, et pour peu que cette situation se prolonge, sous l'influence des contractions utérines, cette faible barrière s'effondrera et la déchirure centrale de l'interstitielle deviendra complète.

Il est une autre variété de déchirures que beaucoup d'auteurs ne classent pas parmi les centrales, c'est celle où le fœtus, après avoir perforé la cloison recto-vaginale, tend à passer par l'anus. Pourtant, par leur pathogénie, ces déchirures peuvent être classées dans la catégorie qui nous intéresse, d'autant plus que le releveur, muscle principal du périnée, est lésé. Elles sont extrêmement rares, car on n'en compte qu'une demi-douzaine en tout. Dans le cas de Flesch (47) il y a eu un véritable accouchement anal. Dans celui de Kaltenbach (67), c'est le pied du fœtus qui vient perforer la paroi rectale antérieure au-dessus de l'anus et saillir à travers cet orifice. Dans l'observation de Piering (88) il s'agit d'une primipare de 41 ans ayant la vulve étroite et rigide. Cet auteur, pour aider au dégagement de la tête, fit une épisiotomie et pratiqua l'expression. Mais, au moment d'une contraction utérine, l'avant-bras de l'enfant sortit par l'anus. Après la réduction de la procidence et grâce à la manœuvre de Ritgen, l'accouchement se termina par la vulve, l'anus restant intact. En fouillant dans les archives de la maternité de Lariboisière, nous sommes tombé sur une observation dans laquelle un coccyx ankylosé et fortement incurvé en avant, est venu perforer la paroi recto-vaginale, pressée d'autre part par le pôle fœtal. La paroi postérieure du rectum restait intacte.

Nous faisons naturellement rentrer dans la catégorie

de ruptures centrales celles qui ne restent pas définitivement limitées au centre du périnée, et qui se prolongent secondairement soit en avant jusqu'à la vulve, soit en arrière jusqu'à l'anus, soit tout à la fois en avant et en arrière. Cette éventualité se produit surtout pendant le passage du fœtus à travers l'orifice central. Souvent aussi les ciseaux de l'accoucheur interviennent pour faire sauter le pont de tissus séparant la vulve de la perforation centrale.

Il n'en est pas de même de la solution de continuité siégeant entre la vulve et l'anus et apparaissant dans les premiers jours après les couches: En effet, sa pathogénie est toute spéciale. Elle résulte de la chute d'une plaque de sphacèle (Duncan) (38) produite par la compression trop prolongée et trop forte, subie par la paroi périnéale de la part du fœtus.

La question ne se pose même pas pour les fistules vagino-périnéales résultant des abcès. Ceux-ci surviennent en général après une périnéorraphie et sont greffés sur les points où des fils ont été laissés ou infectés.

SYMPTOMATOLOGIE

Il est de toute importance de pouvoir diagnostiquer l'imminence d'une déchirure centrale afin de la prévenir par une intervention appropriée. Malheureusement, dans beaucoup de cas, cette lésion se produit si rapidement, d'une façon si inattendue, que l'accoucheur le plus prévenu ne reste que trop souvent désarmé et impuissant devant le fait accompli. La plupart de ces déchirures ne sont imputables ni à la maladresse du praticien, ni à son manque d'attention. Souvent elles se produisent sous l'œil et sous la main même de l'accoucheur. C'est une vérité qui se dégage après la lecture de beaucoup d'observations d'auteurs, et non des moindres. Dans une d'elles, nous lisons en effet ceci : l'auteur, assistant une parturiente, soutenait le périnée pendant la période d'expulsion, selon l'excellent mode préconisé par Tarnier. Sentant à un moment donné la paume de sa main mouillée par un liquide qui ne provenait pas de la vulve, il la retira et constata alors que du sang s'écoulait à travers une déchirure, siègeant sur la ligne médiane, à 1 centimètre environ en avant de l'anüs.

Mais nombreux sont aussi les cas où il est possible de prévoir une déchirure et, par conséquent, de la prévenir. La période d'expulsion se prolonge, la partie fœtale s'attarde en arrière de la vulve qui est rappor-

tée en avant et en haut; le périnée s'allonge, s'élargit, bombe de plus en plus, s'amincit à l'extrême, pâlit en son centre. Le sphincter anal est largement ouvert, béant; on a l'impression que la femme va accoucher par l'anus. L'intervention s'impose. Dans l'observation de Nicholson, le périnée s'amincit au point de n'avoir comme épaisseur que celle d'une simple feuille de papier. Quelquefois même, deux observations rapportées par Nevajski en font foi, les parties fœtales sont visibles à travers le périnée surdistendu. Evidemment, en présence d'un tel tableau, l'accoucheur ne doit pas rester inactif. Dans un cas de M. Bar, l'épisiotomie est venue empêcher un plus grand délabrement et achever rapidement l'accouchement.

La quantité du sang qui s'écoule par la déchirure est, en général, insignifiante, jamais menaçante pour la vie de la femme. Souvent le liquide amniotique se précipite à travers la perforation centrale, au moment même où elle se produit. Dans l'observation d'Audebert, le liquide sortit en jet et fut projeté à 4^m,50 environ.

Dans nombre de cas le cordon, une main, un coude, tout un membre, vient procider à travers la rupture. Dans un accident observé par Guerdjikoff (50), c'est le genou droit de l'enfant qui traverse le centre du périnée; dans un autre, du même auteur, c'est le pied et le cordon qui viennent saillir à l'extérieur. D'autres fois c'est le cuir chevelu, le nez, le menton qui font hernie par la perforation. Un beau dessin de M. Ribemont-Dessaignes (93) surprend le fœtus dans cette situation bizarre.

En général, la solution de continuité siège entre la vulve et l'anus, tantôt exactement entre les deux, tan-

tôt plus près de l'un que de l'autre. Elle peut se trouver sur la ligne médiane, ou dévier un peu, à gauche ou à droite.

Souvent l'enfant, en passant par la fausse route qu'il s'est créée, agrandit la déchirure. Alors on se trouve en présence d'une rupture commune du périnée, complète ou incomplète. Si l'on n'a pas assisté à l'accouchement, le diagnostic rétrospectif est fort délicat. Tout au plus si la minceur du périnée et la surdistension extrême des tissus qui ne reviennent pas complètement sur eux, peuvent y faire penser. Il en est de même d'une rupture interstitielle. Il faut y songer pourtant en présence d'une incontinence des matières, survenant après l'accouchement et que rien n'explique, le sphincter anal étant indemne. Peut-être nombre de prolapsus génitaux ne reconnaissent pas d'autres causes.

Rien de plus variable que le calibre de la déchirure. Elle peut être petite, moyenne ou assez grande pour laisser passer l'enfant. Chez l'accouchée de Nebesky (85), le trajet avait le calibre d'un crayon d'ardoise ; dans les cas de Zagemeister (119), d'Engelmann (41), etc., il admettait facilement un doigt explorateur ; dans celui de Hahn (53), un poing d'homme. Même quand le fœtus a traversé la déchirure, celle-ci diminue considérablement, grâce à la rétraction des tissus, « à tel point qu'on a peine à comprendre comment le fœtus a pu traverser un orifice aussi étroit ». Quand la déchirure est ancienne sa rétraction est encore bien plus prononcée et ses bords, de déchiquetés qu'ils étaient, ne tardent pas à se régulariser et à devenir cicatriciels. Chez une femme où elle datait de quelques années, l'ouverture était circulaire et régulière, et n'avait plus

que deux centimètres de diamètre bien que le fœtus avait passé par là. Dans les cas extrêmes où on assiste à un véritable effondrement du plancher périnéal, les tissus du périnée au lieu de se rétracter, comme il est de règle, même après une déchirure complète, demeurent distendus, pendants, laissant sourdre du sang. Chez une accouchée de M. Bonnaire (16), une partie de l'excavation était transformée en un cloaque où l'on avait peine à se repérer.

Comme le calibre, la forme de la déchirure est fort variable. Tantôt c'est une véritable perforation restant plus ou moins béante, à bords quelquefois réguliers, le plus souvent déchiquetés, contus, d'aspect peu louable. Tantôt c'est une simple fente qui peut être longitudinale, transversale, plus ou moins oblique, et même en zigzag, intéressant ou non le raphé médian. Souvent la déchirure s'irradie, prenant une forme étoilée, ou celle d'un V, d'un Y ou d'une croix. Dans plusieurs descriptions, la déchirure avait la forme d'un croissant, dont la concavité était tournée ou vers l'anus ou vers la fourchette. Les dessins de M. Ribemont-Dessaignes (93) reproduisent la plupart de ces formes.

On explorera encore mieux au doigt qu'à la vue la déchirure centrale. Le toucher digital permettra d'apprécier si la déchirure est incomplète, borgne externe, ou si le vagin communique avec l'extérieur. Le point d'aboutissement dans le vagin est en général unique, mais le trajet, parti du périnée, peut se bifurquer et aboutir de chaque côté de la colonne postérieure. Il est, en effet, exceptionnel que le traumatisme intéresse la colonne postérieure du vagin (Bar) (7). Il est évident qu'indépendamment de la déchirure centrale, la vulve peut présenter les lésions habituelles subséquentes à

un accouchement. La présence ou plutôt l'absence des signes d'accouchement à la vulve, permettent quelquefois de déterminer par quelle voie fut expulsé l'enfant.

PATHOGÉNIE

« Les auteurs didactiques ne se sont guère mis en frais de compilation pour arriver à établir quelques points précis de pathogénie, et c'est précisément dans la pathogénie que réside le principal intérêt de la déchirure centrale du périnée » (Doléris). Si les auteurs ont manqué souvent de précision dans l'exposé des causes qui, pour eux, expliquaient le mécanisme de la déchirure centrale, on ne peut pas dire qu'ils en furent trop avares. Si nous voulions exagérer un peu, nous dirions qu'il y a autant de théories invoquées que d'observations publiées. Et, pour chaque cas en particulier, ce n'est pas un seul facteur étiologique qu'on donne, mais plusieurs à la fois. Pour être juste, nous nous hâtons d'ajouter qu'il ne peut pas en être autrement, et qu'il serait erroné de vouloir assigner à tous les cas une même et unique cause. Mais il nous semble qu'il est possible d'établir une cause principale, intervenant presque toujours, — les autres facteurs n'étant que secondaires, et par suite variables suivant les cas.

Avant de procéder à l'exposé des multiples théories admises par les différents auteurs, il nous paraît absolument indispensable de faire une petite incursion dans le domaine anatomique et de suivre un instant le fœtus dans sa descente à travers l'excavation. Il importe de rappeler quels sont les organes qui vont être

lésés d'une façon si spéciale, et comment, et pourquoi, le fœtus peut les traumatiser. Donc, nous consacrerons un paragraphe à l'anatomie du vagin et du périnée et un autre à la direction suivie par le pôle fœtal dans sa descente vers le plancher périnéal.

I

Le vagin est un canal résultant de la fusion de la partie inférieure des canaux de Muller. Les lignes de rencontre de ces derniers constituent les colonnes antérieure et postérieure, lesquelles, grâce à un épaississement local de la muqueuse vaginale, sont les parties les plus résistantes, exceptionnellement intéressées par les traumatismes. Mais les colonnes du vagin sont loin d'avoir partout la même épaisseur et la même solidité. Elles se tassent en bas, aux approches de la vulve, elles s'étalent au contraire en haut, vers le col. C'est ici leur point relativement faible. Mais les véritables points faibles de la paroi vaginale se trouvent de chaque côté des colonnes ; c'est là que se feront les plaies vaginales si communes pendant l'accouchement (Freund, Bar). Le calibre du vagin est loin d'être partout le même. Dans sa partie supérieure, il est spacieux, aux parois plus minces qu'ailleurs. On comprend que le pôle fœtal puisse y évoluer facilement. La partie moyenne du vagin, celle qui correspond au releveur, est déjà plus étroite. Les deux releveurs, formant une boutonnière que traverse le vagin, deviennent, pour celui-ci, de véritables muscles constricteurs. Cette action peut même s'exagérer dans certains cas, et déterminer ce que Budin a appelé le *vaginisme supé-*

rieur. Nous verrons plus loin quel rôle certains auteurs font jouer au vaginisme dans la production de la déchirure centrale. La partie inférieure du vagin est la plus rétrécie, elle atteint le maximum d'étroitesse au niveau de l'anneau hyménal.

Sur une coupe transversale la cavité vaginale n'apparaît pas comme une simple fente, non seulement en haut, où les parois antérieure et postérieure s'appliquent sur le col qui les sépare, mais même plus bas, où les colonnes empêchent leur accollement parfait.

La longueur du vagin varie suivant les femmes, mais, chez chacune d'elles, elle présente des variations physiologiques. Jusqu'au septième mois de la grossesse, il s'allonge, entraîné qu'il est par l'utérus qui monte dans la cavité abdominale. Ensuite, pendant les deux derniers mois, il se tasse ou même s'étale sous l'influence de l'engagement de la partie fœtale. Ces variations sont rendues possibles grâce à l'infiltration séreuse et au ramollissement que subissent tous les organes du petit bassin. Ce ramollissement est un facteur important de la conservation du périnée et du vagin contre les déchirures.

En avant, le vagin répond à la vessie, sur les côtés au tissu cellulaire lâche, qui diminue de plus en plus vers le bas, pour disparaître presque dans la partie du vagin incluse dans le périnée, enserrée dans un plan fibro-musculaire inextensible et, par conséquent, facilement déchirable. Mais ce sont les rapports, que présente la paroi postérieure du vagin, qui sont pour nous les plus intéressants à considérer. Cette paroi est en rapport avec le rectum sur toute son étendue. Dans son quart supérieur, elle répond au cul-de-sac de Douglas,

dont le fond descend plus ou moins bas, suivant les sujets et suivant l'âge; cette partie ne sera pas intéressée par la lésion qui nous occupe. Dans ses trois quarts inférieurs environ, elle n'est séparée de la paroi antérieure du rectum que par un tissu cellulaire plus ou moins dense, et, d'après Lesshaft, par un feuillet fibreux analogue à l'aponévrose prostatopéritonéale de l'homme. La cloison recto-vaginale est mince dans sa portion intra-pelvienne, mais dans la portion intrapérinéale, elle augmente d'épaisseur par suite du déplacement en arrière du rectum anal. Ces rapports étroits expliquent pourquoi la cloison recto-vaginale est si souvent lésée pendant l'accouchement.

Le plancher périnéal est constitué de haut en bas par le péritoine, l'aponévrose pelvienne supérieure, le muscle releveur de l'anus, l'aponévrose pelvienne et ses dépendances; enfin, par les muscles superficiels — constricteur de la vulve, ischio-caverneux, transverse superficiel, sphincter externe de l'anus — l'aponévrose superficielle et la peau. Nous nous bornerons à étudier le releveur de l'anus qui intéresse plus particulièrement les accoucheurs par son rôle dans l'accouchement. Il nous intéresse surtout au point de vue de la déchirure centrale du périnée, dont la pathogénie, d'après nous, relève de l'anatomie de ce muscle.

Le releveur de l'anus a été surtout bien étudié au point de vue obstétrical, par P. Dubois, Schatz, Budin, Farabeuf et Varnier, etc. Voici, sommairement exposée, la description classique que nous empruntons à « la pratique de l'Art des accouchements » (article de Keiffer). Le *diaphragme pelvien*, — dénommé ainsi par Farabeuf à cause de sa forme en coupe, à concavité supérieure — s'insère sur tout le pourtour de l'excava-

tion, au niveau du détroit inférieur. On le divise, quant à ses insertions, en trois systèmes : le système ischio-coccygien dont les fibres s'insèrent en dehors de l'épine sciatique et divergent en éventail pour se fixer sur le bord du coccyx ; elles sont renforcées par les petits ligaments sacro-sciatiques. Le système obturato-coccygien, dont les faisceaux s'insèrent sur la bandelette de l'obturateur, appelé *arcus tendineus*, sur le trajet d'une ligne allant du bord inférieur du pubis à l'épine sciatique, pour se diriger de là, en dedans et en arrière, vers la pointe du coccyx et le raphé ano-coccygien. Le système pubo-coccygien, enfin, partant du tiers inférieur de la face postérieure du pubis, va se diriger d'avant en arrière, pour aller gagner les bords du coccyx. Le schéma de Rosthorn, montrant la presque totalité des fibres du releveur de l'anus, allant s'insérer au coccyx, résume bien la conception qu'on se fait de ce muscle. L'important travail de MM. Devraigne et Descomps, illustré de planches nombreuses, et basé sur des pièces anatomiques fort démonstratives — vient modifier sensiblement cette conception classique. Ces auteurs divisent la zone qui nous occupe, en une portion antérieure, précoccygienne, et en une portion postérieure, coccygienne. La première comprend le releveur et le muscle sphincter anal, la deuxième, les muscles grands fessiers, les grands et les petits ligaments sciatiques et les muscles ischio-coccygiens.

Les dissections du sphincter de l'anus montrent, du côté de la muqueuse, des fibres circulaires. En l'abordant du côté de la peau, on voit qu'en avant de l'anus, ses fibres se continuent dans la peau et les muscles transverse superficiel et sphincter vulvaire. En

arrière de l'anus, ses fibres se clivent en deux couches. Une superficielle, sous-cutanée, se jetant en partie sur la pointe du coccyx, en partie, et surtout, à la face profonde de la peau. La couche profonde plus forte, mais aussi plus courte, envoie la plupart de ses faisceaux tendineux dans le raphé médian précoccygien, qu'ils contribuent à former avec ceux du releveur de l'anus.

Celui-ci se décompose en trois portions, suffisamment individualisées pour être étudiées séparément. Les attaches fixes de la première portion, qu'on peut appeler aussi faisceau antérieur ou pubien, se font par de courts, mais solides tendrons, sur la face postérieure de l'angle du pubis. Ses insertions mobiles se comportent comme suit : les fibres antérieures et les plus élevées, placées presque sagittalement, passent en majeure partie en dedans du sphincter anal et vont se perdre à la face profonde du derme de la peau péri-anale. Quelques fibres passent en sangle, derrière la vulve et derrière l'anus. Quant aux fibres postérieures du faisceau pubien, elles se rendent en totalité au raphé ano-coccygien. Le bord interne du faisceau pubien répond à la jonction du vagin avec la vulve, c'est-à-dire au plan de l'anneau hyménal. On ne saurait trop insister sur l'épaisseur, la solidité de ce faisceau, surtout chez les femmes n'ayant pas ou d'enfants.

Les fibres de la deuxième portion, au faisceau moyen ou iliaque du releveur, prennent naissance en général sur l'*arcus tendineus* pour venir aboutir à la ligne blanche ano-coccygienne. Obliquement dirigées au début, ces fibres deviennent transversales à leur terminaison. Les dissections montrent la faiblesse du faisceau moyen ; ses fibres sont étalées au point de le rendre

(Les figures ci-dessous—que nous devons à l'extrême obligeance de M. le professeur Bar et M. Devraigne — feront mieux comprendre que toute description, l'inexactitude du du schéma de Rosthorn.)



Fig. 1. — Schéma de Rosthorn, montrant la presque totalité du releveur allant au coccyx.

1. F. pubo-rectal; — 2. F. pubo-coccygien; — 3. F. ilio-coccygien; — 4. F. ischio-coccygien,



Fig. 2. — Schéma basé sur les dissections de MM. Devraigne et Descomps, montrant la presque totalité du releveur n'allant pas au coccyx.

Teinte claire, muscle releveur; — a. F. pubo-præ-anal; — b. F. pubo-rétro-anal; — c. F. pubo-præcoccygien; — d. F. ilio-præcoccygien; — e. F. ischio-præcoccygien; — f. F. ischio-coccygien ~ Teinte sombre, muscle ischio-coccygien.

transparent, souvent même elles sont si clairsemées qu'il présente par place des solutions de continuité.

La troisième portion, faisceau postérieur ou ischiatique, prend naissance à la face interne de l'épine sciatique et à la partie voisine de l'ischion. Ses fibres, presque transversales, se portent, les postérieures sur

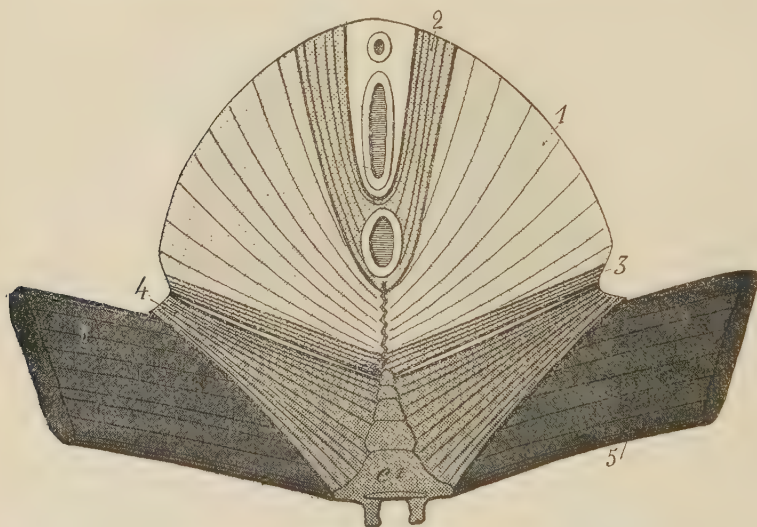


Fig. 3. — Schématique.

En avant le releveur : 1. Portion moyenne, grêle; — 2. Boutonnière rétro-vulvaire, puissante; 3. Bandelette ischiatique, forte. — En arrière, la sangle coccygienne; 4. M. ischio-coccygien; — 5. M. grand fessier; — c1. première pièce du coccyx.

le coccyx, les antérieures entre l'anus et cet os. Ce faisceau, plus solide que le précédent, l'est beaucoup moins que le pubien. Du reste, son épaisseur varie suivant les sujets.

Done, contrairement au schéma de Rosthorn, la plupart des fibres du releveur ne se rendent pas au coccyx, mais à l'espace compris entre cet os et l'anus. En s'intriquant avec celles du côté opposé, elles for-

ment le raphé médian coccy-anal qui, lui-même, est intimement uni à la face profonde de la peau.

Les fibres terminales tendineuses du releveur se superposent dans le même ordre que ses fibres charnues. Au centre se placent toutes les fibres des faisceaux iliaques ; au-dessous les fibres des faisceaux ischiatiques et d'une partie des faisceaux pubiens ; au-dessus le restant des fibres des faisceaux pubiens.

La région postérieure ou coccygienne ne nous intéresse que par le rôle qu'elle joue dans l'ampliation périnéale. Celle-ci est liée, en partie, à la mobilité du coccyx. L'articulation sacro-coccygienne est mobile, mais bien moins que la médio-coccygienne, toujours la dernière envahie par l'ankylose. Mais cette mobilité de la *pédale coccygienne* (Bonnaire) est sous la dépendance intime des puissants et nombreux faisceaux musculo-aponévrotiques qui s'insèrent sur elle. C'est d'abord le grand fessier qui vient prendre de solides attaches sur le sacrum et la face postérieure du coccyx. Au-dessous de lui se fixe le grand ligament sciatique, difficilement isolable des insertions du premier, et dont le bord postérieur, tendu et rigide, constitue la limite du périnée postérieur classique. En avant du grand, se trouve le petit ligament sciatique, confondu en partie avec le muscle ischio-coccygien. Les deux muscles de ce nom, fort peu charnus et surtout tendineux, viennent s'étendre sur toute la hauteur de la face antérieure du coccyx, et s'intriquer avec les ligaments antérieurs de cet os.

Avant de tirer parti de ce qui précède pour notre étude de l'étiologie de la déchirure centrale, étudions rapidement la direction suivie par le pôle fœtal pen-

dant son passage à travers le petit bassin, car de cette direction dépendra, en partie, le sort du plancher périnéal.

II

La tête fœtale va-t-elle dans l'excavation en suivant une ligne courbe, ou brisée, ou encore droite ?

Les premiers partisans de l'arc de cercle furent Camper (1759) et Muller. Pour eux l'axe du détroit supérieur aboutit en arrière et en bas du coccyx. Saxtorph (1764), Bang (1774) sont sensiblement du même avis. Ce dernier construit la ligne de direction suivie par le fœtus, en prolongeant en avant de la symphyse les diamètres antéro-postérieurs des détroits supérieur et inférieur, puis « en prenant pour centre le point d'intersection de ces deux lignes et pour rayon la distance qui existe entre ce point et le milieu du diamètre sacro-pubien ou coccy-pubien » (Danyau, cité par Demelin) (29). « Cette courbe peut, en effet, être construite géométriquement, ajoute M. Demelin, il n'en est pas de même pour la courbe de Carus. »

Les partisans de la ligne brisée sont Nægelé, Tarnier et Chantreuil, etc. Pour obtenir la ligne centrale de l'excavation « on divise la face antérieure du sacrum et du coccyx dans le sens de la hauteur en un grand nombre de parties égales ; on divise de même la face postérieure de la symphyse pubienne. Les divisions tracées doivent être en nombre égal sur la paroi postérieure du bassin et sur le pubis. Qu'on imagine ensuite des plans successifs traversant l'excavation, en allant de chacune des lignes de divisions marquées sur le sacrum aux lignes correspondantes tracées sur le

pubis, on aura des plans obliques de haut en bas et d'arrière en avant qui, prolongés, se couperaient en avant du pubis. Il est facile de faire passer ces plans de l'excavation par chacun des degrés inscrits dans l'angle formé par l'intersection des plans des détroits supérieur et inférieur. Pour avoir les axes de tous ces plans, il suffit d'élever une perpendiculaire au centre de chacun d'eux. Si on réunit ensuite les pieds de ces perpendiculaires, on aura une *ligne brisée* dont la courbure générale représentera l'axe de l'excavation. Cette ligne est à peu près parallèle à la face antérieure du sacrum, droite dans sa partie supérieure, au niveau des deux premières pièces de cet os, elle devient courbe dans la portion du pelvis située au-dessous. Elle se continue en haut avec l'axe du détroit supérieur, en bas avec celui du détroit inférieur. » (Tarnier et Chantreuil, cités par Demelin.) (29).

Les précurseurs de la ligne droite furent Deleurye (1777), Baudelocque (1781), Osyander. En 1857, Fabbri démontre expérimentalement la fausseté de la ligne de Carus, en se servant du plâtre liquide dont il remplissait la cavité du petit bassin. Les moules qu'il obtenait ainsi avaient la forme grossièrement cylindrique, dont la ligne centrale venait aboutir au coccyx. Boissard (1884)(13) confirme et complète les données de Fabbri. « Mais l'ouverture par laquelle doit sortir le fœtus se trouvant sur le plan de la paroi antérieure, le fœtus devra donc, après avoir suivi une direction rectiligne jusqu'au fond de l'excavation, changer complètement de direction en parcourant toute la longueur du canal membraneux ; la direction suivant laquelle le fœtus devra sortir sera représentée par une ligne qui, partant du milieu de la hauteur acquise par l'espace

sous-pubien, entrera dans l'excavation en coupant à *angle droit* l'axe de celle-ci. » (Boissard, cité par Demelin.) (29).

L'arc de cercle n'a plus de partisans actuellement. Ce qu'il importe pour nous de retenir est que le pôle fœtal descend en ligne droite jusqu'au fond du bassin.

III

Comment va se comporter le vagin pendant cette descente? Sa direction ne coïncide pas avec l'axe du détroit supérieur. Le vagin se porte obliquement de haut en bas et d'arrière en avant, mais cette obliquité est si faible que l'on peut dire que le vagin est presque vertical. Le fœtus ne suivra donc pas l'axe du vagin : son pôle sera poussé par les contractions utérines contre la paroi vaginale postérieure. Au toucher, on sent cette paroi se tendre, bomber, à mesure que la présentation descend. Elle se tendra bien davantage encore là où le vagin se rétrécit, vers le périnée. Quand le pôle fœtal effectue sa rotation, c'est encore la paroi postérieure qui subit le maximum de distension et qui a tendance à se décoller : elle tire sur ses attaches antérieures et la muqueuse vaginale se sépare de la vulve et se déchire longitudinalement le long de la colonne postérieure. Mais quand la direction en arrière du fœtus s'exagère, il peut se produire un véritable enfoncement de la paroi postérieure, au-dessus de ses attaches vulvaires ; c'est alors une déchirure centrale qui s'amorce. En réalité, l'élasticité de la muqueuse est telle, qu'on doit admettre que la couche musculo-aponévrotique sous-jacente cède bien avant elle et que

ce n'est qu'après cette déchirure interstitielle qu'elle cède à son tour.

En même temps que la partie fœtale qui se présente déprime la paroi vaginale postérieure, elle aplatit le rectum et, tombant en plein sur le coccyx, le refoule en arrière. Le coccyx, en reculant, entraîne après lui le raphé ano-coecygien qui se tend et tire sur l'anus. Celui-ci bâille largement, si largement qu'on croirait que la femme va accoucher par l'anus. A l'extérieur on voit et on sent le périnée postérieur bomber. Dans l'intervalle des contractions, quand le fœtus remonte, il revient sur lui-même, le coccyx reprend sa place en avant, l'anus se referme.

Le coccyx, une fois repoussé en arrière, est solidement fixé par sa sangle musculo-fibreuse, qui l'empêche de se luxer en arrière. Il ne bouge plus, malgré tout l'effort de la contraction utéro-abdominale. Celle-ci ne pourra pas vaincre, non plus, le raphé ano-coecygien. La présentation, ne pouvant rien contre le plan postérieur dur, versera en avant, d'autant plus que ce dernier fait plan incliné. Or, en avant, après avoir sauté le bord postérieur rigide du releveur, formé par les faisceaux ischiatiques, elle trouvera un fond dépressible, formé par les faisceaux iliaques minces et faibles. C'est là que se produira surtout le *creusement du bassin actif* de Boissard, où la présentation se logera, en formant une profonde dépression qui se traduit extérieurement par la convexité du périnée, son élargissement et son allongement. Et la présentation s'attardera d'autant plus dans cette position, que, plus en avant, elle se butera contre l'épaississement antérieur de la sangle du releveur. C'est la boutonnière pubo-préanale ou rétro-vulvaire, dont la solidité con-

traste avec la faiblesse des faisceaux iliaques. Pendant l'ampliation périnéale, les faisceaux de la boutonnière, fixés qu'ils sont au pubis, vont être tirillés en bas, allongés, poussés d'arrière en avant. Peu à peu, la boutonnière de sortie se laissera distendre, s'agrandira, et finalement se laissera vaincre par la présentation. Au moment où elle est forcée, du sang s'écoule de l'orifice hyménal, qui répond au même plan qu'elle.

De ce qui précède nous tirons immédiatement parti pour expliquer comment, d'après nous, une déchirure centrale peut se produire. Le pôle foetal — en général la tête — violemment poussé en bas par les contractions abdomino-utérines, bridé en arrière par la saugle coccygienne, trouvant parfois une résistance invincible dans la boutonnière de sortie du releveur, ne pourra plus passer qu'entre les deux, c'est-à-dire à travers les faisceaux iliaques, point de moindre résistance. Du même coup, nous nous expliquons bien pourquoi la presque totalité des déchirures centrales du périnée surviennent chez des primipares. Chez elles, les faisceaux pubiens du releveur conservent toute leur vigueur, tandis que chez les multipares ils ont été forcés pendant la période d'expulsion. Du reste, les déchirures centrales qui affectent exceptionnellement les multipares trouvent, en général, leur raison d'être dans les anciennes cicatrices rétrécissant l'orifice de sortie.

IV

En étudiant les multiples causes invoquées par les différents auteurs pour expliquer la production des déchirures centrales du périnée, nous trouverons à

celle que nous leur assignons des facteurs adjuvants qui favorisent leur production. Pour pouvoir mieux nous orienter parmi les diverses théories, nous classerons les causes, tour à tour admises, en trois catégories. La première comprendra les causes d'origine maternelle. La deuxième, les causes d'origine fœtale. Quant à la troisième, elle comprendra toutes celles qui ne sont imputables ni à la mère, ni au fœtus, et que nous n'osons pas non plus mettre à la charge de l'accoucheur.

Les causes d'origine maternelle sont de beaucoup les plus importantes. Les unes se rattachent aux parties molles de la femme, ou à son bassin osseux, d'autres relèvent de la position de la parturiente pendant l'accouchement, ou encore de l'anomalie des contractions abdomino-utérines. Nous allons successivement les passer en revue.

Parmi les causes se rattachant à la conformation des parties molles les plus fréquentes, sont : 1° La mauvaise qualité des tissus ; 2° La résistance de l'hymen ou de l'orifice vulvaire ; 3° La longueur trop grande du périnée et l'orientation de la vulve en haut et en avant.

Beaucoup d'auteurs, et notamment Tarnier, ont surtout insisté sur la mauvaise qualité de l'étoffe génitale pour expliquer la rupture centrale. C'est ainsi que chez les primipares, en général, les tissus manquent de souplesse et, chez les âgées en particulier, ils sont coriaces, inextensibles, donc voués à la déchirure. Il y a des périnées infiltrés de graisse, d'autres qui sont œdémateux, par conséquent friables. Il y a des périnées simplement trop minces. La vaginite granuleuse, les végétations, en diminuant la solidité des tissus, prédispo-

seraient aussi à la déchirure centrale. Mais après avoir lu et analysé les observations publiées, nous avons constaté que l'immense majorité des cas de déchirure centrale se rapportent à des primipares jeunes et saines, chez lesquelles on n'a noté rien d'anormal du côté de leurs organes génitaux. Comme exemples de primipares âgées, nous ne relevons que ceux de Dupuytren(40), dont la malade avait 38 ans, et de Piering(88) qui en avait 41. Signalons, sans y insister, l'opinion de Budberg (20), qui soutient que l'œdème du périnée est un agent de conservation pour celui-ci. De là, le conseil qu'il donne de provoquer par la compression digitale une stase artificielle au périnée, afin d'en prévenir la rupture. Par contre, nombre d'auteurs signalent l'ischémie du périnée pendant la période d'expulsion quand la tête appuie trop fortement sur le plancher périnéal, qu'elle lamine et amincit. Ce périnée est alors prêt à céder en son centre qui est le plus ischémié, car, « tout tissu vivant qui cesse d'être irrigué, devient par cela même plus friable. »

La résistance de l'hymen a été surtout invoquée par Budin (24). Cet auteur a montré que l'hymen n'est pas une membrane distincte, mais l'extrémité antérieure du vagin qui vient faire hernie au fond de la vulve, sous la forme d'un doigt de gant perforé. Si, en général, cette résistance cède à un moment donné, quelquefois aussi, d'après Budin, l'orifice résiste, la tête appuie fortement sur l'hymen qui ne cède pas et c'est la paroi vaginale postérieure qui se rompt au-dessus de lui, puis le périnée. Dans plusieurs observations on trouve signalée la résistance de l'hymen. Déjà en 1741, Bianchi, de Turin, assignait pour cause à la rupture centrale l'occlusion de l'hymen. Dans l'observation de

Beverly Cole (1874) (9), la résistance opposée par l'hymen trouve sa raison dans l'infiltration de cette membrane par du tissu cartilagineux. Dans l'observation de Délépine, nous trouvons qu'il y avait persistance de l'hymen chez sa parturiente, qui n'a eu que deux rapports sexuels en tout, etc., etc. Nous avons parlé plus haut de l'obstacle que peuvent mettre à la sortie de la présentation les faisceaux pubiens si puissants du releveur. La théorie de Budin est simplement rajeunie : ce n'est pas l'anneau hyménal qui résiste, mais la boutonnière rétro-vulvaire qui se trouve également dans le même plan, à la jonction de la vulve avec le vagin.

Plusieurs auteurs incriminent l'étroitesse de la vulve ou son rétrécissement. Ce dernier peut être cicatriciel. Champenois (1831) (24) parle d'une malade ayant eu dans son enfance un dépôt dans les environs de la fourchette, laquelle n'ayant pu se relâcher pendant l'accouchement, l'enfant se fraya une route à travers le périnée. Le même accident put être évité chez une autre de ses parturientes, dont la vulve était rétrécie par la cicatrice d'une brûlure qu'elle se fit à l'âge de 3 ans. Elle fut opérée à la puberté, car l'écoulement des règles était empêché par la cicatrice. Pendant l'accouchement, la tête du fœtus appuya fortement sur le périnée qui s'amincit ; la vulve avait la dilatation d'une pièce de 5 francs et présentait un cercle dur, épais et calleux, pouvant résister aux plus grands efforts. Le périnée menaçait de s'ouvrir dans son centre quand une incision propice, de la longueur de deux pouces, fut alors pratiquée dans la direction du raphé. Dans une observation de Trinchinetti (1819), il est question d'un vagin dur et serré. Sa parturiente eut, à la suite

d'une fièvre maligne, une ulcération des parties génitales. Le coït fut toujours difficile et douloureux. Dans celle de Jungmann (1823) (65), on lit que c'est une secundipare qui est victime d'une rupture centrale, mais elle gardait une cicatrice de son premier accouchement. De même dans le cas de Quadrat (1838) (91), où il s'agit d'une III-pare ayant l'orifice vulvaire rétréci par la cicatrice calleuse d'une ancienne déchirure, et dans celui de Ramsbootham, cité par Birnbaum (12). Notons, en passant, que la déchirure centrale observée chez des multipares (il y a environ 10 cas authentiques de publiés en tout), trouve surtout son explication dans des rétrécissements ou accidentels ou pathologiques. Des observations citées plus haut on peut rapprocher celles de Rossi-Doria. Dans une, le fœtus passa par le centre du périnée, le tiers inférieur du vagin étant encombré par des multiples végétations verruqueuses et papillomateuses, d'origine blennorrhagique. Dans une autre, l'intervention conjura le péril, la femme présentant des lésions identiques.

A côté de l'étroitesse congénitale ou acquise de la vulve, plaçons le rétrécissement vaginal spasmodique. Nicholson (1903) (87) attribue, en partie, la déchirure centrale survenue à la femme d'un de ses collègues au vaginisme dont elle souffrait. Il était si prononcé que tout toucher était rendu impossible par les intolérables douleurs qu'il provoquait. La contracture du releveur hyperfléchit le pôle céphalique, empêcha la déflexion de la tête et par suite la progression vers l'orifice de sortie. En outre, la présentation resta appuyée fortement sur le plancher périnéal, qui ne subissait plus des alternatives de contraction et de relâchement. Doleris (1909) (36) fait également jouer un grand rôle au vul-

vo-vaginisme, mécanique et spasmodique tout à la fois, rendant la vulve inextensible.

Parmi les auteurs contemporains, la longueur anormale du périnée et l'orientation de la vulve en haut et en avant prennent une grande place dans la pathogénie de la rupture centrale. Il est logique de rapprocher ces deux causes, et de les étudier à côté de celles qui se rattachent à l'étroitesse vulvaire. En effet, la petitesse de la vulve est étroitement liée à la longueur du périnée. Plus celui-ci sera long et plus la vulve sera petite et rapportée en haut. La réciproque est aussi vraie. En d'autres termes, l'espace compris entre l'anus et le pubis restant normal, le périnée antérieur et la vulve ne pourront s'agrandir qu'au détriment l'un de l'autre. C'est, il nous semble, Master (1824) (75) qui fut le premier à incriminer la longueur du périnée. Il dit que chez une primipare de 25 ans, victime d'une déchirure centrale, il avait trouvé une trop grande étendue au périnée, celui-ci mesurait plus de trois pouces, de l'anus à la vulve. Il signale en même temps la situation antérieure des organes génitaux externes. Dupuytren (1832) (40), fait la même constatation, dans ses cliniques. Biaute (1852) (10), parle également de l'exiguité et de la position élevée de la vulve. Enfin, citons Stoltz, Liebmann, Charpentier, Winckel, Pinard, etc. M. Boissard, dans sa thèse (1884) (13), y insiste tout particulièrement. D'après cet auteur, la longueur moyenne du périnée antérieur est de 3,5 cent. normalement. Or on a trouvé des périnées longs de 9, 10, 11, 12 et même 14 cent. Naturellement ces mesures ont été prises pendant l'amplication périnéale. Dans un cas rapporté par Névajski (1899) (86), on a trouvé une longueur de 7 centimètres après la délivrance. Mais pour M. Bois-

sard (13), c'est la disposition anormale de la vulve qui est surtout en cause. Il écrit en effet : « Ce n'est pas la hauteur de la symphyse qui constitue l'obstacle à la terminaison de l'accouchement, mais bien l'*orientation vulvaire* ; l'obstacle sera d'autant plus considérable que la vulve sera orientée plus directement en avant et en haut ». Nous devons ajouter que nombreuses sont les observations où cette disposition anormale de la vulve, ainsi que la longueur du périnée, ne sont nullement indiquées. Plusieurs même spécifient que l'orientation de la vulve, ainsi que la longueur du périnée sont absolument normales. Citons entre autres, celles de M. Jeannin (62), de Dodson (33) de Nicholson (87). Ce dernier, en particulier, n'admet pas que la longueur du périnée puisse être cause d'une déchirure centrale, les autres facteurs restant normaux. Dans six de nos observations, il est nettement indiqué que les organes génitaux externes présentent une disposition normale. Dans une autre, où l'on a fait la même constatation, on signale ensuite, pendant la période d'expulsion, un allongement du périnée et l'orientation de la vulve en avant. Mais c'est un fait de constatation banale que l'allongement du périnée pendant la période d'expulsion, surtout quand celle-ci se prolonge. Le périnée augmente considérablement de profondeur, prend la forme d'une « aumônière », la vulve ne bougeant pas, restant en haut et antérieure. Il serait intéressant de mesurer la longueur périnéale avant le début du travail. Du reste cette théorie n'explique pas pourquoi les multipares sont si rarement victimes de la déchirure centrale. Pourtant, le nombre d'accouchements ne modifie pas sensiblement ni l'orientation vulvaire, ni la longueur du périnée. Par contre,

la résistance de la boutonnière rétro-vulvaire du releveur qui a été diminué par un premier accouchement explique bien la rareté de la déchirure centrale chez les multipares et pourquoi ce sont, en général, les primipares qui en sont victimes. N'oublions pas non plus que la plupart des multipares, auxquelles cet accident est arrivé, gardaient un rétrécissement cicatriciel de leur premier accouchement. Nous y insistons à dessein, au risque de nous répéter. Aux cas de Jungman (65), de Quadrat (91), de Howitz (58), ajoutons ceux de Nevajsky (86) et de Bomaire (16). Les malades de ces deux derniers auteurs, ont subi des colpopérinéorraphies, avant d'être victimes d'une déchirure centrale.

Pour être complet, signalons, en passant, qu'on a également incriminé la brièveté du périnée.

Ayant fini avec les parties molles, abordons les parties dures. Ici on accusera la direction anormale du sacrum, la hauteur de la symphyse, l'étroitesse de l'arcade pubienne, l'inclinaison anormale du pelvis, etc.— Moreau accuse la courbe trop prononcée de la face antérieure de la partie inférieure du sacrum ou du coccyx. Velpeau (114) est du même avis, mais en plus il ajoute la grande inclinaison du bassin, le peu de solidité de l'articulation coccygienne et bien d'autres causes encore. Par contre, Rutherford Rerkpatrik (1881) (94) invoque la présence d'un sacrum trop rectiligne, pour expliquer la déchirure centrale advenue à une de ses clientes. Quadrat (91) signale aussi un sacrum aplati, avec un coccyx dirigé en arrière.

La hauteur de la symphyse pubienne se trouve indiquée dans quelques observations rapportées par Charpentier (25). Masini (74), Eustache de Lille, la signalent aussi. Cette disposition créerait un obstacle

pour la tête fœtale qui ne pourra plus venir loger l'occiput sous l'arcade pubienne. La déflexion ne pouvant plus se produire, le pôle céphalique viendra déprimer le plancher de l'excavation et le traumatiser. Il en sera de même quand l'arc du pubis est trop étroit. Cette étroitesse est notée dans les cas de Bigelow (1878), de James Jergusson (1888), et ceux plus récents de Nebesky (85) et d'Audebert(4). En somme, ils sont rares.

Nous avons vu que Velpeau (114) rend responsable de la rupture centrale la trop grande inclinaison du bassin. Il en est de même pour Lambertenghi (72) dont l'opinion est partagée par Carbonelli (1893) (23). Ce dernier auteur déclare que le parallélisme qui existe entre la direction de la vulve et l'inclinaison de la première vertèbre sacrée est géométriquement démontré. Il explique ainsi la perforation : le pôle céphalique suit, dans sa descente à travers l'excavation, une direction plus ou moins rectiligne, pendant que la ligne de sortie fait avec l'axe de l'excavation un angle soit droit, soit plus ou moins aigu. Dans le cas où cet angle est exagérément aigu, la tête du fœtus sera forcée de presser contre le plancher périnéal, lequel, grâce à l'inclinaison anormale du bassin a sa longueur augmentée, et par suite son épaisseur diminuée. Sous l'effort de la contraction utérine, la partie fœtale distendra au maximum le périnée et cela d'autant plus facilement, que son mouvement d'ascension est gêné ou empêché par l'acuité de l'angle formé par les deux axes. Aussi, à un moment donné, le périnée sera-t-il défoncé dans sa partie centrale.

Différents auteurs invoquent une cause diamétralement opposée. Pour eux, c'est la faible inclinaison du

bassin qui est fautive. Si, pour Charpentier (25), l'orientation de la vulve en haut et en avant est la conséquence de la hauteur exagérée de la symphyse, pour Matthaei (76), c'est à l'inclinaison insuffisante du bassin qu'elle est due. Liebmann (1877) (73) parle dans deux de ses observations de cette insuffisance d'inclinaison. Dans celle de Munster (83) l'angle d'inclinaison fut trouvé excessivement petit. Enfin, avant de passer aux causes se rattachant à l'anomalie des contractions utéro-abdominales, mentionnons l'écartement trop prononcé des ischions, qu'on trouve noté dans la thèse de Delcroix (27).

Les contractions abdominales et utérines, trop énergiques et rapprochées, peuvent amener le dégagement brusque, rapide de l'enfant qui traumatise les tissus périnéaux, ces derniers n'ayant pas eu le temps de se préparer et de s'amplifier régulièrement Budin (21). Tarnier (110) indique aussi que la rapidité de l'expulsion est un élément important à considérer dans la genèse des déchirures centrales. Le rôle joué par la violence des efforts expulsifs est indiqué par nombre d'observateurs qui ont assisté à la production des ruptures centrales du périnée. Master (75) signale dans son cas le travail trop précipité, Franck — l'irrégularité des contractions utérines, Greuser (49), — les contractions trop énergiques, Jacobson (60), les contractions spasmodiques, Quadrat (91), — les contractions convulsives, Charpentier (25), — brusques et énergiques, etc., etc. Parmi les observations plus récentes, citons celle de Wescher — où le travail surprend la femme, celle de Hahn — où la femme accouche subitement, celle d'Azwanger — où il y a brusquerie de la contraction et rapidité de l'expulsion.

Mais les deux cas publiés par Guerdjikoff (50) sont les plus intéressants à cet égard. Ils sont presque identiques — quant à la façon de production de la perforation centrale. Dans les deux circonstances elle se produisit à l'occasion d'une contraction brusque et violente, « Nous ne saurions, à notre tour, — dit cet auteur — assez insister sur l'effet nocif de ces contractions anormales trop fortes, brusques et intempestives. En effet, lorsque l'expulsion se fait lentement, la rotation et la sortie s'effectuent petit à petit, millimètre par millimètre, pour ainsi dire, et les parties molles ont le temps de se préparer en mettant en jeu leur élasticité, si faible qu'elle soit, et de laisser passer la partie qui se présente, tout en l'orientant dans l'axe de la filière pelvienne, sans subir de distension brusque qui, seule, mène aux déchirures. Par contre, s'il arrive une contraction violente et brusque au moment où la partie qui se présente presse sur le plancher du bassin et distend le périnée, cette partie tend à sortir en continuant la direction qu'elle a en ce moment sans avoir le temps d'accomplir sa rotation et de s'orienter vers la fente vulvaire. Ainsi le périnée éprouve brusquement et perpendiculairement à son plan une pression trop forte, qui a souvent pour résultat une solution de continuité.... Si le choc arrive lorsque la sortie (déflexion dans le cas d'occiput et sommet) n'a point encore commencé, la déchirure atteint le centre du périnée ou même la cloison recto-vaginale ». On ne saurait appliquer à tous les cas l'influence nocive de la contraction utérine, ni même à la majorité des cas. Dans un grand nombre d'observations les efforts expulsifs ne présentent rien d'anormal. Il en est ainsi dans la plupart des cas que nous rapportons. En outre plusieurs pra-

ticiens incriminent la longueur du travail. Dans le cas de Nicholson (87) il y a eu longueur exagérée du travail comparativement à l'énergie des douleurs. Dans les 3 observations de Muller (82) et dans les 3 de Ramsbootham, la durée prolongée de l'accouchement est également notée. Sans insister davantage, donnons à titre d'indication les chiffres de la durée totale du travail que nous relevons dans celles de nos observations qui en font mention. La durée minima fut de 3 h. 15, la durée maxima, de 26 h. 15. Comme intermédiaires, nous avons 5 h., 6 h., 8 h., 15 h., et 16 h. 50. La période d'expulsion la plus courte fut de 10 minutes, la plus longue de 2 h. 30. Il s'agit ici de primipares et de primipares jeunes. Du reste l'âge n'est point en cause dans l'étiologie de la rupture centrale. L'immense majorité de ses victimes sont des primipares âgées de 17 à 25 ans. Nous ne relevons que trois primipares ayant 31 ans, quatre ayant 32 ans, une ayant 33 ans, et enfin une ayant 35 ans. Seules les malades de Dupuytren et de Piéring méritent le qualificatif de primipares âgées : l'une avait 38 ans, l'autre 41 ans.

La position de la femme au moment de l'accouchement n'est pas indifférente pour le sort du périnée, ainsi que le déclare Carl Schröder (96) dans son *Manuel d'accouchement* (1875). Pour cet auteur « dans le décubitus dorsal les chances de la conservation du périnée sont les plus défavorables, puisque la tête, du moins lorsque les tissus du périnée sont un peu flasques, ne sera pas suffisamment repoussée dans l'arcade pubienne. Ce reproche s'applique moins au décubitus latéral, mais la manière la plus complète d'éviter la déchirure est de faire prendre à la femme la posture accroupie sur les genoux, puisque dans cette position,

la tête par son propre poids se place pleinement dans l'arcade pubienne. » En outre, dans le décubitus dorsal, toujours d'après le même auteur, tout le poids de l'enfant, en plus de la contraction utérine, pèse sur le périnée, et la présentation a à lutter contre sa propre pesanteur pour remonter dans l'intervalle des efforts. Cet inconvénient n'existerait pas quand la femme accouche sur les genoux et les coudes. Aussi, les femmes qui accoucheraient à l'improviste, debout ou en allant à la selle, ne présenteraient que rarement des déchirures. Et à l'appui de ce qu'il écrit, Schröder rapporte huit cas concernant tous des primipares, et ayant accouché de la sorte, chez qui il n'a constaté aucune déchirure. Le schéma de Schultze montre que quand la femme fléchit les cuisses et la colonne vertébrale, ou autrement dit, quand elle prend l'attitude de la défécation, elle dirige tout l'effort dans son rétro-rectum, ou vers l'anus. Au contraire, quand la colonne vertébrale est en extension, l'axe de l'effort se reporte en avant. Nous nous contenterons de rappeler quelques observations dans lesquelles justement la position accroupie, préconisée par Schröder, est accusée d'avoir favorisé une rupture centrale. Dans celle de Nedey, de Besançon, nous lisons que la femme accoucha à travers le périnée étant assise sur un vase. Il en fut de même dans une autre de Reeves (92) : une III-pare, assise verticalement sur un siège, fit des efforts pour aller à la garde-robe. Enfin, Dupuytren (40) cite une femme qui se fit une rupture centrale du périnée en accouchant presque assise.

Telles sont la plupart des causes invoquées d'origine maternelle; celles qui sont imputables au fœtus sont bien moins nombreuses, sinon moins importantes.

Le volume de l'enfant est loin de jouer, dans la pathogénie de la déchirure centrale, le même rôle que dans les autres variétés de déchirures périnéales. Les primipares qui ont de petits enfants sont autant menacées d'une déchirure centrale que celles qui en ont de gros. Du reste, en compulsant toutes les observations publiées, nous constatons que la plupart de ces primipares ont des enfants ou de volume normal ou au-dessous de la moyenne communément observée. Le poids de l'enfant varie de 2240 grammes à 4720 grammes, chiffres extrêmes relevés par Nevajski (86). Ceux des cas recueillis par nous oscillent entre 2600 grammes et 3200 grammes, la moyenne étant de 2900 grammes. Quant aux diamètres de la tête, ils dépassent exceptionnellement la normale. Pourtant dans deux de ses observations, Liebmann (73) signale des têtes volumineuses : dans une, la circonférence de la tête était de 34,5 centimètres, dans l'autre de 38,5 centimètres. Quelques auteurs mentionnent le volume exagéré de la bosse séro-sanguine.

Plus intéressante est l'étude des différentes présentations. La plus fréquente est, sans contredit, celle du sommet. Nous n'avons pu retrouver, en effet, que huit présentations du siège, sans doute ce fait s'explique-t-il, en partie du moins, par la rareté relative des présentations podaliques. Quant aux présentations de la face, elles sont bien plus rares encore. La mieux étudiée est celle de Koenig. La variété de position dans la présentation du sommet est à considérer. C'est principalement Tarnier (111) qui a insisté sur l'influence des droites postérieures, surtout quand le dégagement se fait en occipito-sacrée. Il est possible, alors, d'observer une déflexion de la tête et la transformation en présentation

de la face, comme l'a rapporté Charrier. Nous avons omis, à dessein, les présentations du sommet où les variétés de position ne sont pas indiquées, et que certains auteurs classent, un peu arbitrairement, dans les antérieures. Sur 52 cas où les variétés de position sont signalées, nous trouvons 33 antérieures et 19 postérieures. Ces chiffres sont assez éloquents par eux-mêmes.

Certains auteurs attachent une grande importance à la procidence d'un membre dans l'étiologie de la rupture centrale. Il y a dans la littérature une douzaine de cas dans lesquels la perforation est attribuée à une petite partie fœtale engagée à côté de la présentation. Tantôt il s'agit du pied, comme dans l'observation de Dupuy (1822) (39), tantôt d'un bras, tantôt d'un coude (obs. d'Azwanger) (5). M. Doléris (36) signale aussi la procidence d'un coude parmi les causes d'un cas de déchirure centrale qu'il a publié. Voici de quelle façon la petite partie de l'enfant ira perforer le périnée, d'après cet auteur. Il existe souvent dans la paroi postérieure du vagin, une dépression en arrière du corps périnéal, que Cohen et Brencke (cités d'après Doléris) (36) ont indiqué. C'est le sinus rétro-périnéal de M. Doléris qui « s'étend du feuillet postérieur de l'aponévrose moyenne du périnée au bord antérieur du faisceau ansiforme — du releveur anal — ou mieux, il est représenté par l'interstice qui sépare le transverse profond du releveur. L'absence de faisceaux musculaires indépendants en ce point explique sa fragilité spéciale, tandis que, en avant de lui, les muscles périnéaux, et en arrière les anses les plus antérieures du releveur, renforcent la résistance du conduit vaginal. » Le membre procidant pourra s'engager dans ce point

faible pour aller, de là, traumatiser le périnée ou perforer la cloison recto-vaginale, et saillir au dehors, par l'anus.

Il nous reste maintenant à examiner rapidement toutes les causes qui n'ont pu trouver place parmi celles que nous avons énumérées déjà.

Quelques observations incriminent la mauvaise surveillance du périnée pendant la période d'expulsion. Nous avons indiqué déjà que, généralement, la responsabilité de l'accoucheur n'est nullement engagée, et que la déchirure centrale peut se produire malgré toutes les précautions prises. Citons, à titre de curiosité, l'avis d'un auteur qui trouve qu'il est nuisible de soutenir le périnée, car, de cette façon, on offre un point d'appui à la présentation, et l'attrition des tissus se fait plus aisément.

On a observé des ruptures centrales pendant l'application des forceps. Comme chez une parturiente, la tête hyperfléchie distendait démesurément le périnée, Nicholson (87) décida de recourir aux forceps. Mais les tentatives pour défléchir la tête en élevant les manches de l'instrument furent vaines et, finalement, le périnée craqua juste en avant de l'anus. Le forceps intervient aussi dans le cas de Bleyne (1878).

Dans celui de Charpentier (25), la tête étant en O.I.D.P., on fait une application du forceps ; la rupture centrale se produisit pendant le relèvement des branches. Citons, enfin, les cas de Brunatti (1828) (19) et de Bush. Ce sont les cuillers de l'instrument qui viennent labourer la paroi postérieure du vagin, et cela, d'autant plus profondément, qu'on élève davantage ses branches.

Parmi tous les méfaits dont on accuse l'ergot de

seigle en obstétrique, signalons un cas de rupture centrale qui lui est imputable en partie. Augé, de Pithiviers, dans une lettre qu'il envoya à la Société de chirurgie, en 1868, relate l'histoire d'une primipare à qui une sage-femme administra du seigle ergoté. L'enfant ne tarda pas à être expulsé brusquement et violemment, en produisant une déchirure au centre du périnée.

Quelquefois, la déchirure a pour cause une intervention chirurgicale antérieure, ayant pour but la restauration du plancher périnéal. La malade de Matthaci, à la suite de deux accouchements, eut un prolapsus vaginal très prononcé, pour lequel elle fut opérée. Cette colpopérinéorrhaphie fut cause d'une déchirure centrale, lors du troisième accouchement de la femme.

Dans l'observation de M. Bonnaire (16) l'effondrement périnéal fut causé par l'étroitesse et l'inextensibilité du vagin, résultant d'une myorrhaphie trop parfaite.

En terminant le chapitre de la pathogénie de la rupture centrale, constatons que nous avons classé un peu arbitrairement les différentes causes invoquées. En réalité, chaque auteur fait intervenir non pas un seul facteur étiologique, mais plusieurs à la fois. Deux exemples suffiront à le montrer. Ainsi, Velpeau (114) admet, comme causes pouvant amener une déchirure centrale, la concavité exagérée du sacrum, la proéminence anormale de l'angle sacro-vertébral, l'inclinaison exagérée du bassin, le peu de solidité de l'articulation du coccyx, sans compter la largeur du détroit inférieur, l'étroitesse ou la trop grande hauteur de la symphyse pubienne, l'étroitesse ou la rigidité de la vulve, la longueur du périnée et peut-être d'autres encore qui nous échappent. Delcroix (27) accuse le sacrum rectiligne,

sa courbe exagérée, l'étroitesse de l'arcade sous-pubienne, l'écartement des ischions, la faiblesse de l'articulation sacro-coccygienne, la longueur et la souplesse du périnée, son manque d'élasticité, la persistance de l'hymen, l'orientation en haut et en avant de la vulve, son étroitesse, l'irrégularité des contractions utérines, etc., etc.

PRONOSTIC ET TRAITEMENT

L'impression nette qui se dégage de l'étude de tous les cas publiés de déchirure centrale du périnée est la bénignité relative de cet accident. La vie de la malade n'est jamais menacée. Dans une seule observation, il est question de la mort d'une femme victime d'une déchirure centrale, et cela à la suite des couches. Mais l'auteur qui mentionne le fait n'indique pas la cause de cette fin, aussi ne doit-on pas en tenir compte. L'hémorragie consécutive à la déchirure est presque toujours insignifiante, jamais inquiétante, même quand on assiste à un véritable effondrement du plancher périnéal.

Cependant, il ne faut pas perdre de vue que la plaie périnéale peut être le point de départ d'une infection, que sa cicatrisation peut être retardée, et immobiliser plus ou moins longtemps la femme, et qu'enfin, — complications plus graves — elle peut aboutir à la fistulisation, être cause de prolapsus génitaux et d'incontinence de matières fécales.

La persistance d'une fistule vagino-périnéale, après une déchirure centrale, pour être un fait assez rare, n'en existe pas moins. Qu'il nous suffise d'énumérer les cas de Stoltz (106) — compliqués, en outre, d'une descente de la matrice — de Quadrât (91), de M^{me} Lachapelle (71), de Simpson (99), de Bleyne, de Liebmann (73), de Reeves (92) et de Delcroix (27).

Dans le cas de Champenois (24), la parturiente guérit de sa rupture centrale, mais conserva une incontinence de matières stercorales.

Nous avons parlé plus haut de la possibilité de cet accident à la suite des déchirures interstitielles, ces formes larvées de déchirures centrales. Rien d'étonnant à cela, vu les rapports étroits qui existent entre le sphincter anal et les autres muscles du périnée. Ceux-ci atteints, le sphincter peut s'en ressentir par contre-coup.

L'anus est encore plus directement menacé pendant l'accouchement. Sans compter la possibilité du passage de l'enfant par l'anus, — il peut encore être lésé quand une déchirure centrale, au début, se complète en s'étendant en arrière et en avant.

Afin d'éviter les complications plus haut énumérées, il est nécessaire de bien traiter les déchirures centrales du périnée. Le mieux serait de les prévenir, dans la mesure du possible.

Le traitement prophylactique des déchirures centrales existe, et nombreux sont les cas où l'on peut les éviter. La malade de M. Bar, qui a été le point de départ de notre travail, en est un exemple typique.

Le meilleur traitement préventif est encore la connaissance exacte des différentes positions du fœtus dans la filière pelvi-génitale, en général, et celle de la tête quand elle arrive sur le plancher périnéal, en particulier. Les rapports du pôle céphalique avec les parties maternelles, pendant la dernière période d'une expulsion normale, sont les suivants : lorsque l'extrémité occipitale traverse l'orifice vaginal, la nuque vient se loger sous l'arc pubien, les protubérances pariétales se trouvent de chaque côté des bords vulvaires, la

marge postérieure de la grande fontanelle étant à la fourchette et la petite près du centre de l'orifice de sortie. Autrement dit, le diamètre cervico-bregmatique coïncide, à cette période d'une expulsion normale, avec le diamètre antéro-postérieur de l'orifice vaginal, le bipariétal correspond au diamètre transverse du même orifice, et l'occipito-mentonnier à l'axe de son plan. Par conséquent, la tête est placée perpendiculairement à l'orifice du vagin. La tension maxima est au moment où le front est sur le coccyx et l'occiput sous la symphyse pubienne. Quand le front a doublé le coccyx, la tête ne recule plus, cet os faisant cale dans le sillon sous-frontal. Le point difficile à franchir pour le front, surtout chez les primipares, est la boutonnière du releveur, sur laquelle nous avons suffisamment insisté.

Quand il y a menace de rupture centrale, le tableau change. L'occiput, au lieu de venir se placer sous le ligament sous-pubien, descend beaucoup plus bas et, par le toucher, on arrive sur la nuque de l'enfant ; la tête est hyperfléchie bien qu'échappée déjà du détroit inférieur, et dirigée très en arrière ; la fontanelle postérieure se trouve au-dessous de la fourchette et complètement recouverte par celle-ci. La tête reste dans cette position, ne pouvant gagner l'orifice de sortie qu'elle a dépassé, et presse au maximum sur le périnée. Celui-ci laminé, distendu, s'allonge, prend la forme d'un infundibulum, devient d'une minceur incroyable, blanchit en son centre, tandis que la vulve reste impassible, étroite, tout à fait en haut. On a alors l'impression très nette que l'enfant va être accouché par le périnée.

Les moyens qui sont préconisés pour sauvegarder

le périnée ne manquent pas. Glissons sur la « dilatation préfoetale », sur le « trépied digital », etc., et exposons brièvement ce qu'on nous a enseigné à la clinique Tarnier. Au moment du dégagement de la tête la femme est maintenue dans le décubitus dorsal, les cuisses fléchies et en abduction légère, les pieds prenant appui sur le plan du lit. Quand la tête ne rétro-cède plus et que le bregma apparaît à la commissure postérieure de la vulve, l'accoucheur porte la main gauche à travers le périnée, le pouce appuyant sur le sillon génito-crural gauche, les extrémités des quatre autres doigts réunis dans le sillon génito-crural droit ; la fourche formée par l'écart du pouce et de l'index s'appuie, en la doublant, sur la commissure vulvaire. « Ainsi disposée en fer à cheval, la main par sa face palmaire embrasse, à travers les tissus, toute la région fronto-faciale du fœtus ; d'autre part les quatre derniers doigts et le pouce, par une pression exercée de dehors en dedans sur les côtés du plan médian, essaient de diminuer l'hyperdistension de la partie médiane du périnée. La main droite passe au-dessus du pubis et se dirige suivant le grand axe de la vulve, la pulpe des doigts tournée en bas, s'appliquant à nu sur le cuir chevelu de l'enfant et venant affleurer le bord de la fourchette. »

On peut essayer de produire la déflexion de la tête en la repoussant en haut, à travers le périnée postérieur, de préférence à la manœuvre de Ritgen qui est infidèle et peut être dangereuse. Celle-ci consiste, après avoir introduit l'index et le médius dans le rectum, à repousser la tête en avant et en haut, en pressant avec ces deux doigts sur la cloison recto-vaginale.

Les indications du forceps sont discutables quand le périnée est déjà distendu, ischémié et prêt à la rupture centrale. Nous avons vu, en signalant quelques cas où cette application fut tentée, et celui de Nicholson (87) est fort instructif, que loin d'empêcher la rupture, elle ne peut que la hâter. En effet, pour amener la déflexion de la tête, on est obligé de relever suffisamment les branches de l'instrument, dont les cuillers, pendant ce temps, vont labourer la paroi postérieure du vagin et finalement perforer le périnée.

Le chloroforme trouve quelques partisans qui le conseillent dans le but de réduire l'effet des contractions violentes et spasmodiques de l'utérus, Nicholson (87) entre autres.

Mais le procédé de choix à employer, quand on constate tous les signes avant-coureurs d'une rupture centrale, est sans contredit l'épisiotomie, dont c'est là une des meilleures indications. Michaelis fut le premier à la pratiquer, en incisant la commissure postérieure de la vulve sur la ligne médiane. Champenois (24), relatant un cas de rupture centrale, dit : « accident que l'on eût pu éviter, si l'on eût incisé le périnée. » Aussi, dans une autre circonstance, voyant que le périnée menaçait de s'ouvrir dans son centre, il fit une incision dans la direction du raphé. Dührssen, et, avant lui, Eichelberg, Paul Dubois, Joulin, recourent à une ou deux incisions latérales dans le tiers inférieur de l'anneau vulvaire. Ritgen préconise de nombreuses, mais courtes incisions sur l'orifice vulvaire. Tarnier (111) pratique une incision médio-latérale : au début elle se dirige directement sur l'anus, puis elle dévie en dehors sur l'un des côtés du sphincter. On peut aussi inciser à partir de l'un des angles inférieurs de la vulve, en se

dirigeant vers l'ischion. Il importe d'éviter de blesser les glandes de Bartholin. Enfin, Tournay recommande d'inciser l'orifice vaginal dans le quart inférieur, avec un instrument spécial : le débrideur périnéal. Dans la pratique, souvent l'épisiotomie simple ne suffira pas et l'on sera amené à pratiquer une épisiotomie double, faite largement.

Faut-il recourir à la suture dans le cas de déchirure centrale ? Au sujet d'une déchirure centrale du périnée, Velpeau (114) dit textuellement : « Je me bornai à prescrire le repos, la position sur le côté, des lavements et des lotions de décoction de racines de guimauve. Aucun pansement ne fut fait et le dix-huitième jour la plaie se trouva complètement cicatrisée. » Citons la malade de Coutouly, guérie sans suture en cinq semaines, celle de Joubert (64), celle de Denman (31), guérie en six semaines, celle de Jungman (65), en huit semaines, etc. Mais, par contre, combien de femmes n'ayant pas subi de périnéorrhaphie ont eu à souffrir de complications que nous avons énumérées plus haut. Du reste, la cicatrisation, même quand elle s'accomplit, n'est pas sans inconvénients. La cicatrice peut être difforme, douloureuse et peut être cause de dystocie pendant un accouchement ultérieur.

S'il était excusable, à la période préaseptique, d'abandonner aux seules forces de la nature la guérison d'une déchirure centrale, il n'en est plus de même à présent qu'existent toutes les garanties de l'asepsie moderne, pour les succès des interventions opératoires. Et la périnéorrhaphie est une des plus simples et à la portée de tous les praticiens. Elle abrège considérablement le séjour au lit de la parturiente, ce qui est déjà beau-

coup ; elle prévient la plupart des complications signalées plus haut, ce qui est encore mieux.

On recourra de préférence à la suture immédiate sitôt la délivrance faite. Il faut commencer par couper le pont de tissus, séparant l'orifice central de la vulve, si toutefois on ne l'a pas déjà fait pendant l'accouchement, afin de prévenir des dégâts plus considérables. Du reste, souvent le fœtus lui-même s'en charge quand il traverse le centre du périnée. Ce fut Champenois qui proposa le premier l'incision de ce pont pour une de ses malades, mais cette incision ne fut pratiquée que 15 jours plus tard, par Boyer. Dubois fit de même dans un cas de M^{me} Lachapelle (71). Cette petite opération n'est pas seulement un bon moyen prophylactique pour préserver le sphincter anal, mais de plus elle rend la suture plus aisée en permettant un meilleur affrontement des bords de la plaie. Une fois le pont antérieur incisé, l'accoucheur se trouve en présence d'une déchirure incomplète vulgaire, qu'il traite comme telle. On ne peut se dispenser de couper ce pont que dans les cas, d'ailleurs rares, où la déchirure centrale reste superficielle, n'intéressant que la peau et le plan musculo-aponévrotique. Chez la malade de Délépine, deux points de suture suffirent pour la guérison parfaite.

Quelquefois la périnéorrhaphie immédiate est contre-indiquée, soit qu'il y a œdème, contusion considérable de tissus menacés de sphacèle, soit qu'il y a infection certaine ou probable. Quand il y a infection de la plaie périnéale, M. Brindeau (18) préconise des pansements au bouillon lactique, ainsi que M. Jeannin (61). Ce dernier s'en est bien trouvé en l'appliquant dans un cas de déchirure centrale. Au bout de seize jours, la plaie, qui était recouverte d'exsudats sanieus et puru-

lents, est devenue rouge, bourgeonnante, parfaitement détergée.

La périnéorrhaphie secondaire se pratique environ dix jours après l'accouchement, afin de ne pas obliger la femme de s'aliter de nouveau quelques semaines plus tard. Après avoir enlevé à la curette tranchante les granulations qui recouvrent la plaie, et avivé ses bords, on procède à la suture.

Mais l'intervention chirurgicale est quelquefois plus compliquée. Assez souvent la déchirure centrale ne se borne pas à une simple fente, aisément réparable par une suture ordinaire, à deux étages. A côté du trauma qu'on voit, qui est palpable, peut exister une dilacération profonde de tout le plan musculaire du périnée qu'on ne diagnostique pas, mais plus tard la femme reviendra avec un prolapsus génital. Les lésions sont loin d'être toujours aussi discrètes, pour ainsi dire latentes, cachées par la peau périnéale, restée intacte. Quelquefois, les téguments ayant subi une distension trop considérable, pendent flasques au lieu de se rétracter ; ils sont plus ou moins décollés ; l'excavation pelvienne est transformée en un « véritable cloaque », et « semble avoir été évidée », le releveur, la paroi postérieure du vagin ne sont plus que des lambeaux informes et saignants. Il est évident qu'en présence d'un traumatisme aussi considérable, le chirurgien sera amené à pratiquer une véritable restauration autoplastique pour reconstituer à la femme un plancher périnéal solide et assurer une statique parfaite aux organes du petit bassin.

M. Bonnaire (16) s'élève contre les interventions trop radicales, les myorrhaphies périnéales profondes trop bien faites, qui sont pour lui une menace sérieuse

de dystocie aux accouchements ultérieurs. Mais, M. Bar (16) pense que la crainte des complications obstétricales ne suffit pas à rejeter ces excellents procédés chirurgicaux. « Après une telle intervention, déclare cet auteur, il suffirait dans bien des cas, de pratiquer, avant que le releveur cède, de larges incisions périnéales postéro-latérales, pour voir le périnée se rabattre comme un volet, et l'accouchement se terminer sans délabrement grave. »

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Recueillie dans le service de M. le professeur Bar.)

La nommée P. Des..., âgée de 28 ans, domestique, entre sur sa demande à la clinique Tarnier, le 10 novembre 1909. Sa mère est morte à 48 ans d'une affection aiguë, son père est bien portant. Elle est réglée régulièrement depuis l'âge de 13 ans. Elle est enceinte pour la deuxième fois.

Elle eut sa première grossesse à l'âge de 22 ans. Cette grossesse fut terminée par un accouchement prématuré et provoqué. L'enfant, mis en couveuse, mourut au bout de seize jours. Les suites de couches furent normales.

Elle devient enceinte pour la deuxième fois au début de l'année 1909, ses dernières règles datant du 18 au 23 février 1909.

Au mois d'avril, elle eut des vomissements qui ne l'ont pas beaucoup amaigri. Ses urines ne continrent jamais d'albumine. A son entrée à la clinique Tarnier, on constate au palper un dos à gauche et une tête mobile au-dessus du détroit supérieur. Au toucher on arrive sur le promontoire, assez bas situé et accessible à 9 cent. 8. A l'examen général de la femme on note quelques stigmates de rachitisme. Les dents, quoique régulières, sont inclinées, en haut et en bas, à l'intérieur de la bouche. Elle présente des nouures chondro-sternales, et, lorsqu'on joint ses talons, les genoux restent éloignés d'au moins 2 centimètres l'un de l'autre.

Le travail débute le 1^{er} décembre, à 10 heures du soir. A l'entrée dans la salle d'accouchement, le 2 décembre, à 3 heures du matin, on constate un sommet mobile, avec

dos à gauche. La dilatation est grande comme une pièce de 50 centimes. A 9 heures du matin elle est presque complète, et la poche des eaux se rompt spontanément. La tête fœtale est alors engagée en asynclitisme postérieur, les os du crâne chevauchant considérablement. Les bruits du cœur du fœtus sont bons, mais le liquide amniotique est teinté de méconium. Sous l'effort de contractions utérines la tête appuie franchement sur le périnée, bien qu'elle reste orientée suivant un axe allant de l'ombilic au coccyx, et qu'elle ne le quitte pas pour se diriger vers l'orifice vulvaire. La paroi vaginale postérieure ne tarde pas à bomber et à s'amincir sous la poussée de la présentation, dirigée très en arrière. Le périnée se tend de plus en plus ; il s'amincit et pâlit en son centre. Il se tendra au maximum à chaque nouvelle contraction utérine.

La fourchette, sous la forme d'une bride semi-lunaire très résistante, ne se laisse pas rompre, ni distendre. La déchirure centrale du périnée était imminente quand M. Bar pratiqua une épisiotomie large, dans l'angle inférieur droit de la vulve. L'enfant fut aussitôt expulsé, mais malgré tous les soins, ne put être ranimé. Après la délivrance — naturelle et complète — on procéda à la périnéorrhaphie immédiate.

Le travail a duré en tout 11 h. 30, la période d'expulsion a duré 1 heure. L'enfant pesait 3.100 grammes, les diamètres de la tête étaient : OM—12,8 ; OF—11,5 ; SOB—9,2 ; SOF—11,2 ; Bi T—7,3 ; SMB—8,5.

OBSERVATION II

(Recueillie dans le service de M. le professeur Ribemont-Dessaignes.)

La nommée C., âgée de 21 ans, primipare, est entrée dans la salle du travail de la maternité de Beaujon, le 8 février 1900, à 8 heures du soir. Son père est mort d'une pneumonie, sa mère est bien portante. Elle a des frères et des sœurs, tous en bonne santé. Comme antécédents per-

sonnels, elle dit souffrir de bronchites à répétition. Elle est réglée depuis l'âge de 14 ans. Ses dernières règles datent du 23 au 24 avril. Elle est donc à terme. C'est une femme bien constituée, ne présentant rien d'anormal ni du côté de son bassin, ni du côté de ses organes génitaux externes. Sa grossesse s'écoula sans complications. Les premières douleurs ont commencé le 8 février, à 7 heures du soir. A l'entrée dans la salle du travail, la dilatation est grande comme une pièce de 5 francs, et on constate une tête engagée en O. I. G. A. La dilatation est complète, le 9 février, à 11 heures du matin. Les efforts expulsifs commencent peu après. Le périnée bombe fortement et s'aplatit considérablement. L'anus est très distendu. Bientôt, à 1 centimètre environ en avant de lui, se forme une petite plaque blanchâtre, ayant la forme d'un croissant à concavité supérieure. Il est probable qu'à ce niveau la muqueuse vaginale postérieure et la couche musculo-aponévrotique sous-jacente ont cédé, et qu'il ne restait plus que la peau. Celle-ci se rompt cinq minutes après, et le liquide amniotique s'écoule par l'orifice. Mlle Lacroute, sage-femme en chef, fait deux incisions sur les parties latérales de la vulve et l'accouchement se termine assez rapidement, à 11 h. 30. Le toucher permet de constater que la paroi recto-vaginale est en partie détruite. Le sphincter anal paraît déchiré. Le doigt, introduit à la partie postéro-inférieure du vagin, sort par la déchirure au niveau du bord antérieur de l'orifice anal. On procède à la périnéorrhaphie immédiate. Le sphincter est suturé aux fils d'argent. La déchirure vaginale est réparée aux crins de Florence, ainsi que la muqueuse ano-rectale. La rupture centrale siégeait à 3, 5 centimètres de la fourchette et était en rapport avec la paroi antérieure du rectum. Elle mesurait 2 centimètres environ.

La température de la femme aussitôt après l'accouchement est de 38°,5. A midi, délivrance naturelle, mais incomplète; les membranes sont déchirées.

Le 12 février, à l'examen de la femme, on constate qu'elle a une escharre vaginale qu'on panse à la gaze iodoformée. Le soir, la malade subit un curettage, qui ramène

des débris de membranes, puis un écouvillonnage. Le 17 février, le périnée est repris, et la femme quitte le service le 20, en bon état.

Le travail a duré en tout 16 h. 50, la période d'expulsion a duré une demi-heure. Le poids de l'enfant est de 3.080 grammes. Les diamètres de la tête sont : OM—12 ; OF—11 ; SOB — 8,5 ; SOF—9 ; Bi P —9 ; Bi T—8 ; SMB—10.

OBSERVATION III

(Recueillie dans le service de M. le professeur Ribemont-Dessaignes)

La nommée G..., âgée de 33 ans, primipare, entre dans la salle du travail le 24 août 1902, à 7 heures 30 du matin. Comme antécédents personnels, elle dit avoir eu la rougeole et un abcès sous le bras gauche. Elle est régulièrement réglée depuis l'âge de 12 ans. Ses dernières règles datent du 4 au 8 septembre 1901. Pendant la grossesse elle eut des nausées, des vomissements et des phénomènes de dyspepsie. Elle est bien constituée et son bassin ne présente rien d'anormal. A son entrée, on constate une présentation du sommet engagé en O.I.D.P. Les premières douleurs ont commencé le 24 août, à 1 heure du matin. Les membranes se rompent prématurément à 4 heures du soir. La dilatation n'est complète que le 25 août, à 1 h. 45 du matin. Les efforts expulsifs commencent aussitôt après. Peu à peu la tête apparaît à la vulve; elle présente une énorme bosse séro-sanguine. Le périnée est très distendu et mesure de 13 à 14 centimètres. La vulve est rejetée très en avant. A 2 h. 30, on aperçoit à 1 centimètre environ en avant de l'anus, un petit point nacré. A ce niveau les tissus ne tardent pas à éclater et il se forme un orifice grand comme une pièce de 50 centimes. Le périnée se distendant de plus en plus et la tête ne progressant pas, on fait une incision médio-latérale gauche, de la longueur de 1 cent. 1/2. Mais, sous l'effort d'une contraction utérine, la déchirure centrale acquiert les dimensions d'une pièce

de 5 francs et même plus. A travers cet orifice accidentel, on voit d'abord apparaître des lambeaux de muqueuse, puis le nez de l'enfant, resserré entre les joues. En même temps il s'en écoule du méconium mélangé à du sang. A 3 h. 15, la femme accouche spontanément d'un enfant vivant. Il persiste un pont de 1 centimètre entre la déchirure et l'incision pratiquée; on le coupe pour procéder à la périnéorraphie immédiate. Le sphincter anal est resté intact.

Le travail a duré en tout 26 h. 15, la période d'expulsion a duré 1 h. 30.

Le poids de l'enfant est de 3.200 grammes. Les diamètres de la tête sont : OM—13,5; OF—11,8; SOB—9,5; SOF—11,4; Bi P—9; Bi T—7,3; SMB—10,4.

OBSERVATION IV

(Recueillie dans le service de M. le professeur Ribemont-Dessaignes)

La nommée E..., ménagère, âgée de 28 ans, primipare, entre dans la salle du travail de la maternité de Beaujon, le 1^{er} juin 1905, à 2 heures du soir. Elle a commencé à marcher à 15 mois et elle est réglée depuis l'âge de 18 ans. Ses dernières règles datent du 24 au 30 août. Elle est à terme. Sa grossesse évolua normalement. C'est une femme bien constituée, ne présentant rien de particulier du côté de ses organes génitaux externes et de son bassin. Ses premières douleurs ont commencé le 1^{er} juin, à 7 heures du matin. A son entrée dans le service, la dilatation est grande comme une paume de main. A 2 h. 20 du soir, la dilatation est complète; la poche des eaux se rompt, laissant écouler du liquide amniotique normal. Au toucher, on trouve un sommet en O.I.G.A. A 3 h. 25, expulsion d'un enfant vivant, de belle apparence. Le dégagement se fit en occipito-pubienne. A 4 heures, délivrance naturelle, mais incomplète. Pendant les efforts expulsifs, la tête appuyait fortement sur, le périnée. Celui-ci, très distendu et ischémié, finit par céder, un peu en avant de l'anus. Afin

d'éviter une déchirure complète, on incisa le pont de tissus séparant l'orifice central de l'anneau vulvaire et aussitôt l'accouchement se termina spontanément. On procéda peu après à la périnéorrhaphie. Les fils sont enlevés le 9 juin et la femme quitte l'hôpital le 16, complètement guérie.

Le travail a duré en tout 8 h. 20, la période d'expulsion a duré 55 minutes.

L'enfant pèse 3200 grammes. Les diamètres de la tête sont : OM—13; OF—12; SOB—10,3; SOF—11,2; Bi P—9,3; Bi T—7,6; SMB—11,2.

OBSERVATION V

(Recueillie dans le service de M. le professeur Ribemont-Dessaignes)

La nommée D..., âgée de 25 ans, primipare, ménagère, entre dans la salle du travail de la maternité de Beaujon, le 31 octobre 1908. Son père est mort de la fièvre typhoïde à l'âge de 35 ans. Elle a commencé à marcher à 15 mois et est réglée depuis l'âge de 14 ans. Ses dernières règles datent du 25 au 29 janvier 1908. Sa grossesse s'écoula sans incidents. Elle est à terme. Rien à signaler du côté de ses organes génitaux externes. Le bassin est normal. Le travail débute le 30 octobre 1908, à 8 heures du soir. Elle se présente à la maternité de Beaujon, d'où elle est renvoyée chez une sage-femme agréée de la Ville, avec une dilatation grande comme une pièce de 2 francs. La poche des eaux se rompt avant la dilatation complète. A minuit et demie commencent les douleurs d'expulsion, à 1 h. 1/2 elle accouche d'un enfant vivant, se présentant par le sommet. Au moment du dégagement de la tête, le bras du fœtus perfore le centre du périnée et vient procider au dehors. La parturiente est ramenée à Beaujon pour subir la restauration du périnée. On incise le pont de tissus séparant l'orifice central de la vulve, puis on suture la plaie par des points profonds, au catgut, et par des points superficiels, au crin de Florence. Le 9 novembre, on retire les fils ; le

périnée est en assez bon état. La femme quitte la maternité le 28 novembre.

Le travail a duré en tout 5 heures, la période d'expulsion a duré 1 heure.

Le poids de l'enfant est de 2930 grammes. Les diamètres de la tête sont : OM—13; OF—12,5; SOB—11,5; SOF—12,7; Bi P—10; Bi T—9,5; SOB—11,5.

OBSERVATION VI

(Recueillie dans le service de M. le professeur Ribemont-Dessaignes.)

La nommée B..., femme de chambre, âgée de 22 ans, primipare, entre dans la salle du travail le 15 juillet 1907, à 2 h. 45 du matin. Comme antécédents personnels, elle dit avoir eu la rougeole à 8 ans, suivie d'oreillons. Elle a commencé à marcher à 14 mois, et est réglée depuis l'âge de 13 ans 1/2. Ses dernières règles datent du 24 au 27 septembre 1906. La grossesse évolua sans complications. Rien de particulier à signaler du côté des organes génitaux externes, ni du bassin. Elle arrive à la maternité de Beaujon, en pleine période d'expulsion. On constate un sommet en O. I. D. P. Les bruits du cœur sont bons et s'entendent à droite. Pendant le dégagement de la tête, qui se fait en occipito-pubienne, le coude droit de l'enfant vient perforer le centre du périnée et procider au dehors. On fait la périnéorrhaphie immédiate : 4 points de suture au crin de Florence. La réunion a lieu par première intention.

Le travail a duré en tout 3 h. 15, la période d'expulsion a duré 45 minutes.

Le poids de l'enfant est de 3.200 grammes. Les diamètres de la tête sont : OM—13,5; OF—12,5; SOB—10; SOF—11; Bi P—10,5; Bi T—8,5; SMB—10,5.

OBSERVATION VII

(Recueillie dans le service de M. le professeur Pinard, et due à l'obligeance de M. le Dr Mouchotte, ancien chef de clinique à la maternité de Beaudelocque.)

La nommée P. G..., devient enceinte au début de 1907, ses dernières règles datant du 10 au 24 février. La grossesse évolue normalement et sans aucun incident. Les urines, examinées plusieurs fois à la consultation de la Clinique, ne contiennent jamais d'albumine.

La parturiente ne présente rien de particulier dans ses antécédents héréditaires ou pathologiques. Elle commence à être réglée à l'âge 14 ans. Les règles sont irrégulières et durent de deux à trois jours. C'est une primipare âgée de 24 ans.

Le travail débute le 30 octobre, à 9 heures du matin. A l'entrée dans la salle du travail, à 11 h. 1/2 du matin, on constate une présentation du sommet en D.P. La dilatation est complète et la poche des eaux rompue. Les bruits du cœur du fœtus sont bons. La femme est en pleine période d'expulsion. Le périnée bombe fortement. L'anneau vulvaire est étroit, très bridé, la vulve est orientée très en avant. En avant de l'anus on remarque une zone toute violacée, de la dimension d'une pièce de 1 franc. Au-dessus de cette zone, le périnée est surdistendu, faisant une sorte de hernie. A ce niveau, les téguments sont blancs, très pâles. Au milieu de la zone violacée ne tarde pas à se former un orifice des dimensions d'une lentille, livrant passage à un fort jet de liquide amniotique. Puis il s'écoule du sang. La sage-femme en chef, prévenue, fait avec les ciseaux un débridement latéral droit, en partant de la fourchette. L'accouchement se termine alors immédiatement. La période d'expulsion ne dura que 10 minutes. Le dégagement se fit en occipito-pubienne. La partie inférieure du vagin a été complètement désinsérée en arrière et sur les côtés, et a subi un retrait ascensionnel de 2 cen-

timètres environ. La cloison recto-vaginale est dédoublée sur la même hauteur.

La périnéorrhaphie immédiate fut faite par le Dr Mouchotte. Le vagin désinséré est attiré en bas et suturé à l'anneau vulvaire, après quelques points de capitonnage au catgut, posés pour reconstituer la cloison recto-vaginale.

L'enfant vivant, mais débile, pèse 2.600 grammes, et a une longueur de 48 centimètres. Il est du sexe masculin. Les diamètres de la tête sont : OM—14,6 ; OF—12 ; SOB—10 ; SOF—11,7 ; Bi P—9,8 ; Bi T—7,6 ; SMB—10.

Le placenta, pesant 250 grammes, est discoïde, du type châteaubriand, présentant des dépôts fibrineux. La caduque, très épaissie, fut retenue en totalité. Le cordon, de volume et de longueur normales, s'insère à 4 centimètres du bord latéral du placenta.

OBSERVATION VIII

(Recueillie à Lariboisière, dans le service de M. le Dr Bonnaire).

Il s'agit d'une dame, Marthe B..., primipare, sans profession, âgée de 22 ans. Elle est reçue le 16 septembre 1909 à Lariboisière, dans le service de la maternité. Elle fut accouchée et délivrée en ville, le même jour, à 4 heures du soir, par une sage-femme. Au moment de l'accouchement s'est produite une déchirure centrale du périnée. Les antécédents héréditaires sont obscurs. Père et mère morts sans que la malade puisse préciser de quoi. Elle n'a ni frères, ni sœurs. Dans l'enfance elle dit avoir eu des convulsions. A l'âge de 6 ou 7 ans, elle eut la rougeole. Depuis cet âge tempérament assez délicat, mais aucune autre maladie, si ce n'est quelques pertes blanches. Elle est réglée depuis l'âge de 14 ans 1/2, irrégulièrement. Ses dernières règles remontent au début de janvier. Son accouchement eut donc lieu à terme. Au moment de l'accouchement elle a de l'albumine dans ses urines, albumine qui disparaît le 18 septembre. Il y a deux mois environ, la malade remarqua que ses urines

étaient parfois troubles, blanchâtres, reprenant leur coloration normale tous les 3 ou 4 jours. Aucune douleur.

A l'examen du périnée on note une déchirure longue de 4 cent., s'étendant de la région anale (qui est respectée), à 1 cent. de la fourchette. La déchirure est peu profonde, exclusivement périnéale. La femme étant arrivée quelques heures après l'accouchement, on temporise pour la réfaction du périnée. On photographie la lésion périnéale le 29 septembre. A dater du 28 septembre, on désinfecte la région traumatisée. On la panse deux fois par jour à la lacto-bacilline. La plaie déterge, bourgeonne activement, et la suppuration légère s'atténue de plus en plus. Le 1^{er} octobre il n'y a plus de suppuration. Le 2 octobre : la plaie est devenue nette. La périnéorrhaphie est fixée pour le 3 au matin. Le 3 octobre on chloroforme la malade. Après effondrement du pont rétro-vulvaire, on gratte la plaie à la curette. On pratique 3 points de suture profonds, puis on fait 5 points superficiels. — 4 octobre. La malade est sondée matin et soir. Le soir, apparition du pus dans les urines. Le 5 octobre : pus abondant dans les urines. La température est à 37°, 1. Nulle douleur à la région rénale, ni spontanée, ni provoquée. Au palper bimanuel, on ne sent aucune tuméfaction du rein, ni augmentation de son volume. Les urines sont lactescentes, filantes, contenant une notable quantité de pus. Comme traitement, on prescrit le régime lacté, 1 litre 1/2 de la tisane de chiendent, 1 gr. 50 d'urotropine. Le soir la malade a 37°, 5 de température; son pouls est à 110. Le 6 octobre—on ne note toujours rien à la palpation du rein. Le matin : 37° 2, pouls à 90 ; le soir 37° 5, pouls à 100. Régime lacté ; 40 grammes d'huile de ricin, suivis de selles abondantes.

Le 15^{me} jour, la plaie périnéale est cicatrisée, et l'enfant et la mère quittent en bon état le service le 20 octobre 1909. A l'entrée, l'enfant pesait 3050 grammes.

OBSERVATION IX

(Recueillie à Lariboisière, dans le service de M. le Dr Bonnaire)

La nommée Catherine C..., exerçant la profession de bonne, est entrée dans la salle du travail le 18 mars 1909, à 2 heures du matin. C'est une primipare, âgée de 17 ans. Rien de bien saillant à signaler au sujet de ses antécédents héréditaires, si ce n'est que sa mère est morte à la suite des couches. Elle-même n'a pas de passé pathologique. Ses dernières règles datent du 5 mai 1908. Pendant la grossesse aucun incident à noter. Au moment de l'accouchement les urines sont normales. L'examen du squelette reste négatif. Aux poumons on constate des râles de bronchite. A la palpation on diagnostique un sommet engagé en O.I.G.A. Les bruits du cœur du fœtus sont bons. A l'entrée dans la salle du travail, la dilatation est comme une pièce de 1 franc. A 2 h. 1/4 du soir, la dilatation est complète et les membranes se rompent. Le liquide amniotique qui s'écoule est normal. Les efforts expulsifs commencent à 2 h. 1/2 du soir. A 3 h. 35 du soir, au moment de l'expulsion de la tête, on constate au devant de l'anus, une déchirure du diamètre d'une pièce de 50 centimes. En même temps, il se produit un jet de liquide amniotique par cette ouverture. Pour éviter une déchirure complète, on fait deux incisions latérales. L'accouchement s'achève spontanément, sans que la déchirure s'agrandisse. Le dégagement s'est effectué en occipito-pubienne. A l'examen du périnée, on constate en son milieu, un orifice continué par un petit canal. Ce canal admet le passage d'une sonde cannelée et aboutit au vagin, qui est déchiré de chaque côté de la colonne postérieure.

A 3 h. 50, délivrance spontanée et complète. Le placenta pèse 370 grammes. L'insertion du cordon est marginale. Sa longueur est de 40 centimètres. Aussitôt après, on pratique la suture du périnée, qui se cicatrise dans les délais normaux.

L'enfant, du sexe masculin, est bien constitué. Il pèse 3070 grammes, sa longueur est de 47 centimètres. Les diamètres de la tête sont : OM—12,5; OF—11,3; SOB—9; SOF—10,5; Bi P—9,2; Bi T—7,5; SMB—8,5.

OBSERVATION X

(Recueillie dans le service de M. le D^r Maygrier, à la Maternité)

Il s'agit d'une dame R..., ménagère, primipare, âgée de 19 ans. N'ayant pas d'asile, elle fut hospitalisée à la Maternité, le 6 juillet 1900. Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires. Elle fut élevée au sein maternel et a commencé à marcher à l'âge de 9 mois. D'après ses dires, elle n'eut aucune maladie. Elle est réglée depuis l'âge de 13 ans. Ses époques durent 3 jours. Les dernières règles remontent au 20 décembre. La grossesse s'écoula normalement. Elle est de très bonne constitution. Il n'y a rien à signaler du côté de son bassin, ou de ses organes génitaux.

Le 1^{er} septembre, à 7 heures du soir, elle descend dans la salle d'accouchement. Au palper, on constate un sommet engagé en D.A. Les bruits du cœur du fœtus sont bons. Au toucher, on sent une dilatation d'environ 3 centimètres. A 10 h. 15, la dilatation est complète. La parturiente fait des efforts expulsifs et la tête paraît peu à peu à l'orifice vulvaire. Elle progresse bien, les contractions ne sont pas trop fortes. Lorsqu'elle est presque dégagée dans son diamètre bi-pariétal, on voit un orifice qui se forme au centre du périnée distendu. Le liquide amniotique s'écoule par cet orifice. Le dégagement de la tête se fait très lentement. Pendant le dégagement des épaules, le coude s'engage dans la déchirure et l'agrandit vers la fourchette. Le sphincter anal demeure intact. A 11 h. 10, le délivre est dans le vagin. Il est attiré au dehors. Les membranes sont déchirées, mais au complet. Le placenta présente une collerette graisseuse et pèse 400 grammes. Après la délivrance, on fait 2 points de suture profonds, au catgut, et quelques points superficiels, au crin de Florence. La cicatrisation ne

tarda pas à se faire, et la femme R... quitta le service en bonne santé.

La période d'expulsion a duré une demi-heure. La durée totale du travail fut de 6 heures. Le poids de l'enfant est de 3300 grammes. Les diamètres de la tête sont : OM—13,5; OF—12,4; SOB—10; Bi P—9,5; Bi T—8,7.

OBSERVATION XI

(Recueillie dans le service de M. le Docteur Maygrier, à la Maternité.)

Il s'agit d'une dame Amélie E..., couturière, âgée de 31 ans, à sa première grossesse. Ses antécédents héréditaires sont fort obscurs. Père et mère morts, elle ne sait pas de quoi. Elle a été élevée au sein maternel et a fait ses premiers pas à 18 mois, mais elle cesse de marcher à la suite d'une chute dans laquelle elle se fit une luxation de la hanche droite. Cependant son bassin est normalement conformé. Ses premières règles commencèrent à 17 ans. Elles sont régulières, peu abondantes, indolores, d'une durée de cinq jours. Ses dernières règles eurent lieu du 1^{er} au 5 décembre 1908. Le 14 septembre 1909, à 4 heures du soir, elle ressent des douleurs, mais ne vient à la Maternité que le 15 septembre, à 4 h. 1/2 du matin. A l'examen général rien à signaler. C'est une femme de taille moyenne. Elle présente une luxation de la hanche droite. L'utérus est développé comme pour une grossesse de 8 mois 1/2. Le sommet est engagé en O.I.G.A. A l'auscultation, les bruits du cœur du fœtus sont bons. Au toucher, on note une dilatation de la dimension d'une grande paume de main. A 5 heures la dilatation est complète, la rotation est faite et la sage-femme engage la parturiente à faire des efforts expulsifs. La tête progresse très lentement, entr'ouvrant à peine l'orifice vulvaire pendant les contractions. Le périnée est fortement distendu. A 7 heures du matin : le périnée bombe de plus en plus, à son centre les tissus sont très amincis ; on voit se dessiner un point blanchâtre, indice

de menace d'une déchirure centrale. Pendant une nouvelle contraction, les tissus s'éraillent et se déchirent au centre du périnée. La sage-femme coupe alors le pont de tissus qui sépare l'orifice vulvaire de la déchirure centrale, afin d'éviter une déchirure complète. L'accouchement se termine alors rapidement par l'expulsion d'un garçon vivant du poids de 2.650 grammes. Il était 7 h. 1/2 du matin. A 8 heures, délivrance naturelle, avec légère rétention de la caduque. Le placenta pèse 400 grammes. Aussitôt après on procède à la restauration du périnée. On place deux points de suture sur le vagin, deux points profonds et deux points superficiels. Durée totale du travail : 10 heures. Les suites des couches furent normales.

L'enfant bien constitué, long de 40 centimètres, avait les diamètres de la tête suivants : OM—13,5; OF—12; SOM—9; Bi P—8,5; Bi T—7.5

OBSERVATION XII

Dans les registres de la maternité de l'hôpital Tenon, nous avons relevé deux cas inédits de rupture centrale du périnée, que M. le Dr Boissard a bien voulu nous signaler. Malheureusement, après le départ de M. Boissard de ce service, ces deux observations ont été détruites. Nous n'en publions qu'une, que nous avons pu reconstituer avec l'aide de Mme F..., surveillante à l'hôpital Tenon, victime d'une perforation centrale. Forcément cette observation est incomplète.

Il s'agit de Mme F..., primipare, âgée de 27 ans. Son passé pathologique est assez chargé. Dans l'enfance, elle eut la rougeole. La première année de son mariage (1900), elle eut à se soigner d'une métrite. En 1901, on constate de l'albumine dans ses urines. En 1902, elle souffre d'une salpingite. Le 14 janvier 1903, elle s'alite pour une fièvre typhoïde grave.

Elle fut réglée à partir de l'âge de 14 ans et assez régulièrement depuis. La date des dernières règles remontait

au 28 février 1903, quand le Dr Boissard vit la parturiente, dix-sept jours avant l'accouchement. C'était une présentation du sommet en O.I.G.A., profondément engagée. Le bassin fut trouvé normal. La malade avait de l'albumine dans ses urines. Elle vient le 31 décembre, à 7 heures du soir, consulter la sage-femme de la maternité de Tenon, qui, lui trouvant une dilatation de la dimension d'une pièce de 2 francs, l'engage à rester. Deux heures après, elle expulse spontanément un enfant de sexe féminin, bien constitué, pesant 3.100 grammes. Le délivre était expulsé en même temps. L'accouchement se fit si rapidement, que la sage-femme, un instant distraite de sa surveillance, n'eut pas le temps de soutenir le périnée, ni d'aider au dégagement de l'enfant.

Selon les dires de la parturiente, elle n'éprouva aucune douleur ni à la période de dilatation, ni à celle de l'expulsion. Après l'accouchement, on constata une déchirure centrale du périnée. Aussitôt on posa trois serre-fines de Boissard. On mit la malade au régime lacté, et son albumine disparut deux jours après l'accouchement.

La malade quitta le service complètement guérie. La première année, après l'accouchement, la malade dit avoir souffert de temps en temps, dans la région de sa cicatrice. Les rapports sexuels ne furent jamais douloureux. Au toucher, on ne trouve nulle trace d'induration cicatricielle. On constate, par contre, que le périnée est très mince. Mme F... n'eut pas d'autre grossesse.

CONCLUSIONS

La déchirure centrale du périnée, la plus rare des variétés de déchirures périnéales, est plus fréquente que ne l'admet la plupart des auteurs. Nous avons pu relever un total de 145 cas.

La cause essentielle de la déchirure centrale est la résistance qu'oppose, au dégagement du fœtus, la boutonnière rétro-vulvaire du releveur, très puissante chez les primipares. Celles-ci forment les 95 0/0 de tous les cas publiés, les autres 5 0/0 concernant les multipares, dont la déchirure centrale trouve, en général, son explication dans un rétrécissement cicatriciel ou pathologique de la vulve ou du vagin.

Les autres causes invoquées par les différents auteurs, — et dont les principales sont : la longueur du périnée, l'orientation anormale de la vulve, l'anomalie des contractions utéro-abdominales, — ne sont que secondaires, ne pouvant pas être appliquées à la majorité des cas.

Le pronostic de la déchirure centrale du périnée est relativement bénin. Celle-ci, moins grave que les déchirures complètes, l'est plus que les incomplètes. Les complications le plus à redouter sont : la fistule péri-néo-vaginale, les prolapsus génitaux, l'incontinence des matières.

Le traitement prophylactique à employer, quand la

rupture centrale est imminente, est l'épisiotomie simple et le plus souvent double, faite largement.

Si l'accident n'a pu être évité, il faut immédiatement inciser le pont de tissus séparant la déchirure centrale de la vulve, afin de préserver le sphincter anal et hâter le dégagement du fœtus.

Le traitement curatif sera de préférence la périnéorraphie immédiate.

Vu: Le Président de la thèse

Paul BAR

Vu: Le Doyen

LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris;

Pour le Vice-Recteur :

l'Inspecteur de l'Académie,

ISTRIA



Planche publiée par l'*Obstétrique*, Février 1910.

L'anus est érigé en avant pour mettre les insertions du releveur en tension. — *B.* Musc. ischio-coccygien, — *C.* Faisceau ischiatique, — *D.* F. iliaque, — *E.* F. pubien, — *G.* Gr. fessier, — *H.* Gr. ligament sciatique.

BIBLIOGRAPHIE.

1. ALMEIDA (DE). Ruptura central do perineo. *Rev. da Soc. de Med. e Cirug.*, Rio de Janeiro, 1903, t. VII, p. 453, I pl.
2. IDEM. Ruptura central do perineo ; parto perineal. *Brazil-Medico*, Rio de Janeiro, 1904, t. XVIII, p. 29.
3. ASHTON. (Déchirure centrale). *Lancet*, 28 sept. 1889.
4. AUDEBERT. Rupture centrale du périnée. *Toulouse méd.*, 1903, p. 209.
5. AZWANGER. Seltene Entschungsart eines centralen Dammrisses. *Wiener med. Presse*, 1904.
6. BALAO-VENTURA. Un caso di perforazione centrale del perineo. *Rev. veneta di Sc. med.*, 1905, p. 497.
7. BAR. Etude sur les déchirures de la vulve. *Journal de Médecine de Paris*, Mai, 1888.
8. BAR, BRINDEAU, CHAMBRELENT. La pratique de l'art des accouchements, Paris, 1907.
9. BEVERLY-COLE. (Déch. centr.). *Boston med.*, 1874.
10. BIAUTE. (Déch. centr.). *Jour. de Méd. et de Chir.*, 1852, t. XXIII, p. 221.
11. BIGELOW. (Déch. centr.) *American Pract.*, 1878.
12. BIRNBAUM. (Déch. centr.). *Schmidt's Jahrb.*, 1843, t. XXX.
13. BOISSARD. De la forme de l'excavation pelvienne au point de vue obstétrical. Thèse de Paris, 1884.
14. IDEM. (Déch. centr.). *France méd.*, 1890.
15. BONNAIRE. Du périnée obstétrical. *Gazette des Hôpitaux*, 1891.
16. IDEM. Effondrement périnéal dans l'accouchement lié à la restauration par myorrhaphie d'une déchirure ancienne du périnée. *Bull. de la Soc. d'Obst. de Paris*, 20 janvier 1910.
17. BREITER. Ueber Dammrisse. Thèse de Munich, 1867.
18. BRINDEAU. Journal des sages-femmes, août 1896.
19. BRUNATTI. (Déch. centr.). *Siebold's Journ.*, 1828, t. VII.

20. BUDBERG. Ist das Œdem der Vulva während der Geburt ein natürlicher Schutzmittel oder steigert er gar die Gefahr des Zerreißens? *Centralbl. f. Gyn.*, 1904.
21. BUDIN. Des lésions traumatiques chez les femmes dans les accouchements artificiels. Th. d'agrég., Paris, 1878.
22. BUSCH. (Déch. centr.). Die geburtshülf. Klinik, Berlin, 1829, 1835, 1837.
23. CARBONELLI. Il perineo, 1893.
24. CHAMPENOIS. (Déch. centr.). *Rev. méd.*, 1830, t. II.
25. CHARPENTIER. De la rupture centrale du périnée. *Arch. de Tocol.*, 1885.
26. CHOTEAU. (Déch. centr.). *Nord méd.*, Lille, 1896, p. 93.
27. DELCROIX. Etude sur la rupture centrale du périnée en accouchement. Th. de Paris, 1890-91.
28. DÉLÉPINE. Déchirure centrale et superficielle (ayant commencé par la peau) du périnée. *J. des sc. méd. de Lille*, 1904, p. 462.
29. DEMELIN. Considérations sur le mécanisme de l'accouchement normal. *L'Obstétrique*, Paris, 1903.
30. IDEM. Les déchirures obstétricales du périnée et leur traitement. *J. d'Obst. de Gyn. et de Péd.*, Paris, 1906.
31. DENMAN. (Déch. centr.). Introduction à la pratique des accouchements, 1802, t. I.
32. DEPAUL. (Déch. centr.). *Bull. de la Soc. de chir.*, 1868.
33. DERSELRE. Partus per ruptur. per. centr. *Centralbl. f. Gyn.*, 1896.
34. DEVRAIGNE et DESCOMPS. L'appareil musculo-ligamenteux du coccyx. *L'Obstétrique*, Paris, Février 1910.
35. DODSON. A case of central rupture of the perineum. *Brit. Med Journ.*, Londres, 1906, p. 859.
36. DOLÉRIS. Perforation centrale du périnée. *La Gynécologie*, 1909, p. 97.
37. DOUGLAS. (Déch. centr.). Dublin hospital reports, 1822, t. III.
38. DUNCAN. (Déch. centr.). *Obs. J. of Great Br. and Irl.*, juillet 1855 à juin 1856.
39. DUPUY. Thèse de Paris, 1822.
40. DUPUYTREN. Cliniques, 1832.
41. ENGELMANN. Ueber eine seltene Form von Dammruptur. *Centralbl. f. Gyn.*, 1900, p. 1225.
42. EVRAT. (Déch. centr.). Transactions médicales, 1815, t. I.
43. FARABEUF et VARNIER. Introduction à l'étude clinique et pratique des accouchements, Paris, 1909.
44. FEDOROV. (Déch. centr.). *Pract. Wratch*, 1907.

45. FERGUSSON. (Déch. centr.). *Brit. Med. Presse, Cir.*, Londres, 1884.
46. FLEICHL. (Déch. centr.). *Pester med. chir. Presse*, Budapest, 1895, p. 928.
47. FLESCH. Zur Kasuistik der Dammrisse. *Centralbl. f. Gyn.*, 1895, p. 1117.
48. GRAVIS et LEBRUN. (Déch. centr.). *Ann. de la Méd. physiologique*, 1825.
49. GREUSER. (Déch. centr.). *Neue Zeitschrift für Geburtsh.*, 1856, t. VIII, p. 356.
50. GUERDIKOFF. Contribution à l'étude des ruptures centrales du périnée. *Ann. de Gyn. et d'Obst.*, 1907, t. IV.
51. HADRA. (Déch. centr.). *Amer. Journ. of Obst.*, 1884, p. 365.
52. HAHN Em. (Déch. centr.). *Dublin med. J.*, sept. 1881.
53. HAHN W. Ein Fall von centralem Dammriss mit Durchtritt der Frucht durch denselben. *Wien. med. Presse*, 1905, t. XLVI.
54. HALMAGRAND. (Déch. centr.). *Edinburgh med. Journ.*, juil. 1855 à juin 1856.
55. HARLEY. (Déch. centr.). *Dublin med. Journ.*, sept. 1881, p. 240.
56. HENRY. (Déch. centr.). *Dublin med. Journ.*, sept. 1881, p. 240.
57. HERNU. (Déch. centr.). *Transactions médicales*, 1830.
58. HOWITZ. (Déch. centr.). *Gyn. of obst. Meddeleser*, T. III, ca 42.
59. HUBERT. Perforations du périnée. *Rev. Med.*, Louvain, 1901-1902, T. XIX, p. 56.
60. JACOBSON. (Déch. centr.). *Neue Zeitschrift für Geburtsh.*, 1825, p. 51.
61. JEANNIN. Désinfection des plaies par le bouillon lactique. *Bull. de la Soc. d'Obst. de Paris*, oct. 1909.
62. *Idem*. Une rupture centrale du périnée. *Bull. de la Soc. d'Obst. de Paris*, 1910, p. 46, 1 pl.
63. JOFFRION. Déchirures du périnée. Thèse de Paris, 1887.
64. JOUBERT. (Déch. centr.). *Bull. de la Soc. Méd. d'Emul.*, 1822.
65. JUGNGMAN. (Déch. centr.). *Siebold's Journ. für Geburtshülfe*, 1823, T. IX.
66. KAHN. Partus per rupturam perenei centralem. *Centralbl. f. Gyn.*, 1895, p. 625.
67. KALTENBACH. Ueber eine eigentümliche Form von Centralruptur der Beckenbodens. *Centralbl. f. Gyn.*, 1883, p. 452.

68. KEHRER. Eine sehr seltene Form von Ruptur der muscülösen Backenbodens und der Perineum. *Centralbl. f. Gyn.*, 1886.
69. KENIG. (Déch. centr.). *Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de la Suisse rom.*, Genève, 1906.
70. KRONER. Central Dammruptur, etc. *Breslauer arzt. Zeitschr.*, 1879.
71. LACHAPELLE. Pratique des accouchements, 1825, T. III, p. 205.
72. LAMBERERTENGHI. A proposito di un caso di lacerazione centrale del perineo. *Ann. di Ost. e Gin*, Milano, 1896.
73. LIEBMANN. Klinische Beobachtungen über Dammrupturen. *Zeitsch. f. Geburtsh.*, 1877, T. I.
74. MASINI. Sovra un caso di perforazione centrale del perineo. *Ann. di Ost. Gin. e Ped.*, 1885.
75. MASTER. (Déch. centr.). *Archives Gén.*, 1824, T. XXIV.
76. MATTHAEI. Zwei Fälle centralen Dammriss. *Deut. Med. Wochensch.*, 1894, p. 417.
77. MERRIMAN. Synopsis of the varius kinds difficult parturation, 1822, p. 263.
78. MEYER. Central ruptur of perinaeum. *Bibliot. f. Læger. Kobenh.*, 1904.
79. MORAND. De la rupture centrale du périnée. Th. de Paris, 1869.
80. MOREAU. (Déch. centr.). *Revue Méd.*, 1830, T. II.
81. MORE MADDEN. (Déch. centr.). *Dublin med. Journ.*, sept. 1881, p. 240.
82. MULLER. 3 Fälle von Centralruptur des Dammes. *Gyn. Rundschau*, 1908, p. 361.
83. MUNSTER. Ein Fall von centraler Dammruptur. *Centralbl. f. Gyn.*, 1886, p. 462.
84. MURTINNA. (Déch. centr.). *Neue J. f. Chir.*, Berlin, 1811.
85. NEBESKY. Über einen Fall von centralem Dammriss. *Gyn. Rundschau*, 1908, p. 816.
86. NEVIAJSKY. Etude sur la déchirure centrale du périnée. Th. de Paris, 1898-99.
87. NICHOLSON. Central perforation of the perineum. *Univ. of Pen. Med. Bull.*, Phila., 1904, T. XVII, p. 311.
88. PIERING. (Déch. centr.). *Journ. d'Accouch.*, Liège, 1892.
89. PROCHOWNICK. Ueber Beckenneigung. *Archiv. f. Gyn.*, 1882, T. XIX.
90. PUJEBET et STÉRIN. (Déch. centr.). Soc. Anatomio-Clinique de Lille, 13 mars 1901.

91. QUADRAT. (Déch. centr.). *Öesterreichē med. Jahrb.*, 1838, T. XVI.
92. REEVE. (Déch. centr.). *Dublin Med. Journ.*, 1884, p. 240.
93. RIBEMONT-DESSAIGNES et LEPAGE. Précis d'obstétrique, Paris, 1901.
94. RUTHERFORD KERKPATRIK, (Déch. centr.). *Dublin med. Journ.*, 1884, p. 240.
95. SCHATZ. (Déch. centr.). *Centralbl. f. Gyn.*, 1883, p. 644.
96. SCHRÖDER. Manuel d'accouchements, 1875, p. 191.
97. SEXTON. Central rupture of the perineum, its causation and prevention. *Amer. Journ. of Obst.*, New-York, T XXXVIII, p. 420.
98. SIDNEY THORP. (Déch. centr.), *Brit. Med. Journ.*, 1906, p. 1140.
99. SIMPSON. (Déch. centr.). *Edimburgh Med. Journ.*, juillet 1875 à juin 1876, T. I.
100. SITZINSKY. Casuistique de déchirures centrales du périnée. *Journ. Akkouch. i Gensk. bolez.*, Saint-Péterbourg, 1895, p. 441.
101. *Idem*. Partus per rupturam perenei centalem. *Centralbl. f. Gyn.*, 1896, p. 219.
102. SLAVIANSKY. Pregnancy with inruptured hymen and delivery through the perineum. *Med. Pres, Cir.*, Londres, 1886.
103. SMALL. (Déch. centr.). *Med. Record*, 29 août 1896.
104. SPIEGELBERG. (Déch. centr.). *Lehrbuch der Geburtshilfe*, 1878, p. 677.
105. STADTFELD. Geburt durch eine centrale Perinenruptur. *Centralbl. f. Gyn.*, 1881. p. 192.
106. STOLTZ. (Déch. centr.). *Bull. de la Soc. de Chir.*, 1868, p. 286.
107. SUCCOW. Ein Fall von centalem Dammriss mit Entwicklung der Kinder durch denselben. *Deut. Med. Wochenschr.*, 1896.
108. SÛE LE JEUNE. Essais historiques, littéraires et critiques sur l'art des accouchements, Paris, 1779.
109. TARANOFF. (Déch. centr.). *Gaz. Med.*, Saint-Pétersbourg, 1892.
110. TARNIER. (Déch. centr.). *Journ. des Sages-Femmes*, 1892, p. 145.
111. TARNIER et BUDIN. Traité de l'art des accouchements, Paris, 1898.

- 112. TCHERNOFF. (Déch. centr.). *Journ. Akkouch. i Gens. bolez.*, 1907.
- 113. VARNIER. Du détroit inférieur musculaire du bassin obstétrical; Paris, 1888.
- 114. VELPEAU. Traité complet de l'art des accouchements.
- 115. VOITURIEZ. De la rupture centrale du périnée. *Journ. des Sc. Méd.*, Lille, 1898, p. 529.
- 116. WELLS. Rupture central of perineum. *Lancet*, 1890.
- 117. WESCHER. (Déch. centr.). *Centralbl. f. Gyn.*, 1908.
- 118. YAMAZAKI. (Déch. centr.). Chinsei I Ho, *Yuhon*, 1906, 1 pl.
- 119. ZANGEMEISTER. Ueber eine seltene Art von Dammrissen. (Vulvorrhæxis). *Centralbl. f. Gyn.*, 1901.
- 120. *Idem.* Ueber den Mechanismus der Dammrisse. *Zeitschrift f. Geburtsh. und Gyn.*, 1903, p. 546.